

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia:
Posicionar para Melhor Cuidar

Inês Rebelo da Cruz

Lisboa
2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio


O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia:
Posicionar para Melhor Cuidar

Inês Rebelo da Cruz

Orientador: Prof.^a Doutora Maria Alice dos Santos Curado

Lisboa
2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

A realização deste percurso em muito se deve à colaboração e apoio de várias pessoas que participaram nele ajudando a diluir o esforço pessoal. Agradeço a todos e manifesto a minha profunda gratidão.

À minha mãe, irmão e B., as pedras basilares da minha vida, a quem dedico esta conquista.

À minha família e amigos por todo o apoio e paciência.

À Prof.^a Doutora Maria Alice Curado, mentora deste percurso, pelo incentivo, pela paciência, pela enorme disponibilidade e competência profissional e por todos os ensinamentos e em especial pela confiança que sempre depositou em mim.

Às minhas amigas e companheiras de mestrado indissociáveis desta etapa da minha vida, com que compartilhei muitos sorrisos e algumas tristezas.

Às enfermeiras orientadoras pelo seu acolhimento afetuoso, disponibilidade e partilha de saberes.

Às minhas colegas pelo esforço e carinho demonstrado e toda a ajuda neste percurso.

Muito Obrigado!

*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”*

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

O Posicionamento Terapêutico do Recém-Nascido é uma das intervenções de enfermagem que mais precocemente se pode instituir, tendo benefícios no crescimento e desenvolvimento do Recém-Nascido. Este trabalho pretende desenvolver práticas promotoras do Posicionamento Terapêutico, transversais a todos os contextos da prática, bem como facilitar o desenvolvimento de competências comuns e especializadas de Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, impulsionando ainda, o desenvolvimento de um projeto de investigação, onde se pretende efetuar a avaliação do posicionamento do Recém-Nascido, através da Adaptação Cultural e Validação Estatística do instrumento *Infant Position Assessment Tool*.

Este relatório de estágio tem como objetivo a exposição das aprendizagens obtidas no percurso formativo experiencial e o consequente desenvolvimento e aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. A metodologia de trabalho utilizada foi a descritiva, reflexiva e crítica, sustentada na reflexão sobre as práticas e o seu confronto com a evidência científica de enfermagem e de outras disciplinas afins, desenrolada nos diferentes contextos e promotora do desenvolvimento pessoal e profissional. Neste processo formativo, para sustentar teoricamente esta problemática e orientar o estudo, elegi a Teoria das Transições de Afaf Meleis e o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman, ancorados nos pilares da Enfermagem Pediátrica, nomeadamente Cuidados Centrados na Família e Não Traumáticos, e alicerçado num corpo científico relacionado com os Cuidados para o Desenvolvimento.

As atividades desenvolvidas deram resposta aos objetivos gerais nomeadamente desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, e desenvolver cuidados promotores do posicionamento terapêutico da criança e especificamente do Recém-Nascido. Estas mesmas atividades proporcionaram ainda a aquisição de conhecimento aprofundado na área da enfermagem de saúde infantil e pediatria, bem como habilidades para uma prestação de cuidados de nível avançado, numa lógica de cuidado humano e holístico, permitindo, em última análise, o desenvolvimento de saberes e competências científicas, técnicas e humanas especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Desenvolvimento, Recém-Nascido, Posicionamento, Neonatologia, Estudos de Validação

ABSTRACT

Therapeutic Positioning of the Newborn is one of the earliest nursing interventions that can be instituted and has benefits in the growth and development of the Newborn. This work intends to develop Therapeutic Positioning practices transversal to all contexts of practice as well as the development of common and specialized competences of Nurse Specialist and Nurse Specialist in Child Health and Pediatrics, and secondly, the development of a research project, where we pretend to evaluate the positioning of the Newborn, through the Cultural Adaptation and Statistical Validation of the Infant Position Assessment Tool.

This work aims to expose the obtained learnings in the experiential training course and the consequent development and acquisition of skills of Nurse Specialist and Nurse Specialist in Child Health and Pediatrics. The methodology used was descriptive, reflexive and critical, based on the reflection about the practice and scientific evidence of nursing and other disciplines, developed in different contexts and promoting personal and professional growth. In this formative process, to theoretically support this problem and guide the study, I chose the Afaf Meleis Transitions Theory and the Betty Neuman Systems Model, anchored in the pillars of Pediatric Nursing, namely Family-Centered and Non-Traumatic Care, and based on a scientific body related to Development Care.

The activities developed responded to the general objectives of developing common skills of Nurse Specialist and Nurse Specialist in Child Health and Pediatrics and developing care promoting the therapeutic positioning of the child and specifically the Newborn. These same activities provided the acquisition of in-depth knowledge in child health and pediatric nursing and skills for advanced level care delivery in a holistic and human care logic, allowing, ultimately, the development of specialized scientific, technical and human skills and competences in child health and pediatric nursing.

Key words: Nursing Care, Development, Newborn, Positioning, Neonatology, Validation Studies

ABREVIATURAS

AACCN - *American Association of Critical Care Nurses*

AM – Aleitamento Materno

CCF – Cuidados Centrados na Família

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da República

EE – Enfermeiro Especialista

EEESCJ - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

ENA - *Emergency Nurses Association*

IG – Idade Gestacional

IAC - Instituto de Apoio à Criança

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPAT - *Infant Position Assessment Tool*

JBÍ – The Joanna Briggs Institute

LAPOSE - Laboratório de Análise da Posição de Sentado

NIDCAP - *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program*

OE - Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN - Recém-Nascido

RNPT - Recém-Nascido pré-termo

SOPed – Sala de Observação de Pediatria

SUP – Serviço de Urgência de Pediatria

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	10
1. PROBLEMÁTICA.....	13
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	15
2.1 Cuidar em Enfermagem	15
2.2 As Teorias de Enfermagem como suporte das práticas	17
2.2.1 Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	17
2.2.2 Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.....	19
2.3 Cuidar em Enfermagem Pediátrica	21
2.4 Cuidados para o Desenvolvimento	24
2.5 Posicionamento Terapêutico do Recém-Nascido	27
3. PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA	32
3.1 Serviço de Internamento de Pediatria	34
3.2 Cuidados de Saúde Primários	40
3.3 Serviço de Urgência de Pediatria.....	47
3.4 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	53
4. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO POSICIONAMENTO DO RECÉM-NASCIDO ..	62
5. CONCLUSÃO	65
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXOS

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Estágio

Apêndice II – Síntese Reflexiva - Serviço de Internamento de Pediatria

Apêndice III – Síntese Reflexiva - Cuidados de Saúde Primários

Apêndice IV – Síntese Reflexiva – Serviço de Urgência de Pediatria

Apêndice V – Síntese Reflexiva - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Apêndice VI – Diapositivos da apresentação: “O Posicionamento no Serviço de Internamento de Pediatria”

Apêndice VII – Kit de materiais para avaliação do desenvolvimento

Apêndice VIII – Poster “Estratégias de Prevenção e Alívio da Dor em Procedimentos Dolorosos”

Apêndice IX – Diapositivos da apresentação: “Posicionamento do Recém-Nascido no Serviço de Urgência de Pediatria”

Apêndice X – Poster “Posicionamento do Recém-Nascido”

Apêndice XI – Norma de procedimento “Posicionamento do Recém-Nascido (0-28 dias)”

Apêndice XII – Diapositivos da apresentação “Posicionamento do Recém-Nascido”

Apêndice XIII – Norma de Procedimento “Posicionar a Criança prematura e/ou gravemente doente”

Apêndice XIV – Versão Traduzida para Português da *Infant Position Assessment Tool* (IPAT)

Apêndice XV – Pedido de submissão de estudo de investigação à comissão de ética para a saúde

Apêndice XVI – Consentimento informado, livre e esclarecido

Apêndice XVII – Documento orientador para aplicação da *Infant Position Assessment Tool* (IPAT)

Apêndice XVIII – Poster “Escalas de Avaliação do Posicionamento do Recém-Nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: protocolo para uma revisão *scoping*”

Apêndice XIX – Diapositivos da apresentação “O Posicionamento e o Neurodesenvolvimento”

Apêndice XX – Poster “*Research project: Infant Position Assessment Tool. Cultural Adaptation and Statistical Validation for Portuguese newborns*”

Apêndice XXI – Projeto na Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem

INDICE DE ANEXOS

Anexo I – Programa e Comprovativo de Presença do Seminário “Promover a Felicidade: Um Desafio da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria”

Anexo II – Comprovativo de Presença na sessão de formação “Diário do Recém-Nascido”

Anexo III – Programa e Comprovativo de Presença no III Encontro de Neonatologia do CMIN - Cuidar em Neonatologia: realidades e perspectivas

Anexo IV – Programa e Comprovativo de Presença no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa: Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade

Anexo V – Programa e Comprovativo de Presença no 1st Annual Conference for Trauma-informed, Neuroprotective Care of the Hospitalized Newborn and Infant

Anexo VI – Versão original da *Infant Position Assessment Tool* (IPAT)

Anexo VII – Autorização da tradução da *Infant Position Assessment Tool* (IPAT) – resposta da autora

Anexo VIII – Resposta da comissão de ética para a saúde

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório é o resultado da reflexão e fundamentação das atividades realizadas e competências desenvolvidas, no decurso da Unidade Curricular – Estágio com Relatório, concretizado no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. A sua elaboração teve como objetivo principal transmitir os resultados do percurso efetuado, justificar escolhas e atividades desenvolvidas e as aprendizagens e competências, comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ), desenvolvidas e/ou adquiridas, em diversas dimensões do exercício profissional e compatíveis com as competências de mestre.

O tema que pauta o presente relatório e sobre o qual se realizou o estágio, é a Promoção do Posicionamento Terapêutico da criança/jovem e especificamente do Recém-Nascido (RN) na Neonatologia. Esta temática emergiu do gosto pessoal pela área, da vontade de aprofundar conhecimentos e do desejo de promover o trabalho desenvolvido em contexto profissional na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), com a intenção de contribuir para a melhoria da qualidade do cuidar. Dentro da temática selecionada, levanta-se a problemática da inconsistência das práticas de enfermagem relacionadas com o posicionamento do RN, que se relaciona com a inexistência de um instrumento de observação/avaliação do posicionamento do RN. Esta convicção, aliada à descrita e justificada importância deste cuidado para o desenvolvimento e crescimento harmonioso do RN, fez emergir a necessidade de identificar um instrumento de avaliação do posicionamento do mesmo, baseado na evidência científica, fiável e adequado, passível de ser validado estatisticamente para a população neonatal portuguesa e com relevância na prática. Com este instrumento pretende-se uniformizar e padronizar a observação/avaliação do posicionamento terapêutico do RN, melhorando a qualidade dos cuidados e dando visibilidade às intervenções autónomas do enfermeiro.

O fio condutor, do estágio e do relatório baseado no mesmo, foi a promoção do Posicionamento Terapêutico, abordando em primeira linha as práticas de promoção do posicionamento terapêutico, transversais a todos os contextos da prática, e especificamente o posicionamento do RN na UCIN, e o desenvolvimento de competências comuns e especializadas de EEESCJ, e, em segunda linha, o desenvolvimento de um projeto de investigação iniciado com a identificação do instrumento de observação/avaliação do

posicionamento do RN na UCIN, nomeadamente *Infant Position Assessment Tool* (IPAT), e a sua Adaptação Cultural e Validação Estatística para a população neonatal portuguesa. A colheita de dados teve início durante o estágio na UCIN (11 de Dezembro de 2017) e neste momento estamos na fase de análise dos resultados.

Compreende-se, desde logo, que a aplicação de um instrumento desta natureza, implica e beneficia do envolvimento de toda a equipa de enfermagem e a família, com o objetivo de promover a uniformização das práticas, assegurando e otimizando os cuidados prestados, e capacitando a família a cuidar de forma competente e adequada. Pretende-se ancorar a reflexão das práticas ao desenvolvimento da profissão de enfermagem através do contributo do EEESCJ, no sentido de mudar e/ou melhorar práticas para prestar cuidados, centrados na criança, jovem e família, individualizados e não traumáticos, de qualidade e com ganhos em saúde.

O Paradigma da Transformação, que enquadra o ser humano como um todo influenciado pelo ambiente que o rodeia, e que de forma recíproca também influencia o ambiente (Lopes, 2001), encontra-se nos cuidados de enfermagem na área da Neonatologia, uma vez que os cuidados são prestados ao cliente na sua globalidade, através de intervenções terapêuticas de abordagem holística, nas quais o cliente/RN e família é valorizado num todo, nas suas experiências, saúde global e processos de saúde-doença associados.

A metodologia de projeto tem como objetivo a resolução de problemas, identificados nos contextos reais da prática, através da pesquisa de evidência científica, e é constituída por cinco etapas: diagnóstico da situação, definição dos objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados (Freitas, 2010). A elaboração deste trabalho assentou numa metodologia descritiva, reflexiva e crítica sobre a prática desenvolvida nos diferentes contextos e aprendizagens realizadas, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional, estimulando um “querer saber” como algo dinâmico e sempre presente. Toda a prática de cuidados deve ser objeto de reflexão crítica, desenvolvendo um pensamento crítico e raciocínio clínico, conduzindo a mudanças positivas com ganhos em saúde para a criança, jovem e família e com melhoria dos cuidados prestados (Schön, 1983; Mão-de-Ferro, 1999).

Neste processo formativo, para sustentar teoricamente esta problemática e orientar o estudo, elegi a teoria das Transições de Afaf Meleis e o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman, ancorados nos pilares da Enfermagem Pediátrica, nomeadamente Cuidados Centrados na Família (CCF) e Não Traumáticos, e alicerçado num corpo científico relacionado com os Cuidados para o Desenvolvimento.

Perspetivando o desenvolvimento de competências de EEESCJ, numa lógica integradora de saberes, foram definidos os seguintes objetivos gerais para este percurso de formação:

- Desenvolver competências comuns e específicas de EEESCJ, para a prestação de cuidados à criança/jovem e família em situação de saúde e doença, nas diferentes etapas do desenvolvimento e contextos em que a criança/jovem se encontre;
- Desenvolver processos de cuidados potenciadores do posicionamento terapêutico do RN, criança, jovem e família em situação de saúde e doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento e contextos em que a criança/jovem se encontre.

Em todos os campos de estágio orientei a prestação de cuidados na filosofia dos cuidados pediátricos, pelos direitos da criança e pelos direitos da criança hospitalizada, tendo sempre como pano de fundo, os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem. A leitura dos Guias Orientadores de Boas Práticas em Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE), do Regulamento das Competências Comuns do EE e Regulamento das Competências Específicas do EEESCJ, do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e do Código Deontológico da Profissão de Enfermagem, serviu de base de sustentação para o exercício reflexivo da prática, tanto na prática como na elaboração deste relatório.

O primeiro capítulo é dedicado à importância da problemática e pertinência do objeto de estudo. De seguida, encontrar-se-á o enquadramento conceitual sobre a temática explicitada (segundo capítulo). No terceiro capítulo serão aprofundados os aspetos relacionados com o percurso formativo, decorrente dos objetivos gerais e específicos definidos, nomeadamente a descrição e a análise das atividades desenvolvidas no decurso dos diferentes contextos de estágio, analisadas de modo articulado e suportado pela evidência científica e de acordo com o desenvolvimento das competências de EE e EEESCJ. A descrição e implementação do projeto de investigação realizado, para iniciar o Pré-Teste e a validação estatística de uma Escala de Avaliação do Posicionamento do RN na UCIN surge no capítulo quatro. Por fim, no capítulo cinco, procurar-se-á tecer considerações e algumas reflexões finais sobre a experiência na sua globalidade, culminando em projeções futuras, tendo em conta as vivências e situações experienciadas. No sexto capítulo está organizada a bibliografia que suportou todo o percurso de formação. Em apêndice e anexo apresento os documentos que considerei pertinentes para compreensão do percurso formativo.

1. PROBLEMÁTICA

Na atualidade, devido ao desenvolvimento científico e tecnológico, tem ocorrido uma redução a nível mundial das taxas de mortalidade infantil. Todos os anos 15 milhões de RN nascem antes das 37 semanas de gestação. Portugal continua a ser um dos países com taxas mais baixas de mortalidade infantil, apesar do aumento progressivo do número de partos prematuros, e consequentemente de RN de baixo peso (inferior a 2500g independentemente da idade gestacional (IG)) e RN pré-termo (RNPT) (antes das 37 semanas de gestação independentemente do peso ao nascer). Podem ser agrupados em prematuros extremos (abaixo das 28 semanas), muito prematuros (28 a 32 semanas) e moderado a tardio prematuro (32 as 37 semanas) (World Health Organization (WHO), 2008, 2015; WHO, March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health & Save the Children, 2012; Hockenberry & Wilson, 2014; Instituto Nacional de Estatística (INE), 2015). É considerado RN de risco aquele que, independentemente da IG ou peso ao nascer, tem uma probabilidade acima da média de morbilidade e/ou mortalidade, normalmente derivada de condições ou circunstâncias diferentes do considerado percurso habitual, associadas ao nascimento ou na adaptação à vida extrauterina. O período de alto risco vai desde a viabilidade (IG superior às 24 semanas, em Portugal) até 28 dias após o nascimento, incluindo as ameaças à vida e saúde que possam ocorrer nos períodos pré-natal, perinatal e pós-natal (Hockenberry & Wilson, 2014).

Esta evolução dos cuidados de saúde proporcionou a oportunidade de sobrevivência de RN com IG superior a 22 semanas (Altimier & Phillips, 2013). No entanto, estes RN pela sua imaturidade global e condições de saúde, associado à necessidade de cuidados especializados e dependentes de tecnologias, estão em risco de desenvolver alterações músculo-esqueléticas, neuro-comportamentais ou posturais, entre outras (Picheansathian, Woragidpoonpol & Baosoung 2009; Altimier & Phillips, 2013), o que justifica a necessidade de estabelecer estratégias de prevenção e estimulação durante o período de internamento (Araújo, 2010) promovendo a manutenção e apoio do crescimento e desenvolvimento harmonioso. Deste modo, a prática de cuidados baseada em modelos de Cuidados para o Desenvolvimento tornou-se fulcral nos cuidados diários na Neonatologia. Estes cuidados são baseados em medidas neuroprotetoras, nomeadamente o ambiente; parceria com as famílias; posicionamento e manipulação; minimização do *stress* e da dor; proteção da pele; proteção do sono, e otimização da nutrição. Sendo o objetivo, utilizar as medidas neuroprotetoras como

estratégias para suportar a criação de conexões neuronais ideais, promover o desenvolvimento adequado e prevenir as alterações físicas, comportamentais e neurológicas (Altimier & Phillips, 2013). De entre estas sete medidas, destaca-se, neste trabalho, o posicionamento, sendo este de intervenção autónoma de enfermagem, de simples execução e um cuidado não invasivo.

A prática de cuidados na UCIN tem implícita a preocupação com o posicionamento do RN, na medida em que o enfermeiro tem consciência de que este é um elemento preponderante no crescimento e desenvolvimento do RN, bem como que esta é uma área autónoma da sua esfera de cuidados. No entanto, apesar da sensibilidade para esta temática e de já existir investigação internacional e escalas desenvolvidas ou em desenvolvimento, ainda estamos perante uma prática não uniformizada ou padronizada em Portugal, o que afeta inevitavelmente tanto a continuidade como a avaliação dos cuidados prestados. Nesta linha de pensamento, e tendo em consideração os benefícios do posicionamento terapêutico, a aplicação de um instrumento de observação/avaliação do posicionamento do RN, a nível nacional, seja essencial para a prestação de cuidados de qualidade, o que justifica a escolha e pertinência do tema para o desenvolvimento da enfermagem e profissional, permitindo assim uniformizar intervenções/cuidados e, consequentemente, melhorar a qualidade dos cuidados e dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros (Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010).

O presente trabalho baseia-se em competências previamente adquiridas, através do percurso formativo e profissional, decorrente do contexto da prática de cuidados, nomeadamente a UCIN, e centrado na prestação de cuidados ao RN e família. A prática de cuidados de enfermagem na UCIN baseia-se na filosofia de CCF, com enfoque na promoção da vinculação e parentalidade, e na prestação de cuidados não traumáticos. Pretende-se, para além destes referenciais teóricos, apoiar o desenvolvimento dos cuidados com base na Teoria das Transições de Afaf Meleis e no Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.

Com bases nos pressupostos enumerados, a consecução deste projeto tem como finalidade contribuir para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil de um modo geral e do RN, em particular, através da prestação de cuidados de qualidade, no que concerne ao posicionamento terapêutico. O posicionamento terapêutico é um exemplo paradigmático de uma intervenção autónoma de enfermagem na UCIN, não invasiva, sustentada pela evidência científica e de grande impacto no RN.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1 Cuidar em Enfermagem

Ao longo das últimas décadas, a disciplina de enfermagem tem sofrido transformações marcantes a nível histórico, teórico-conceptual e ao nível da visibilidade e afirmação no âmbito da Saúde. A Enfermagem, enquanto disciplina, cresceu e desenvolveu-se definindo os seus metaparadigmas (saúde, pessoa, ambiente e enfermagem) que servem de base às teorias que emergiram ao longo da história da profissão e lhe permitem ter uma identidade própria, dando aos profissionais bases para o cuidado à pessoa (Alligood, 2014).

Recuando ao século XIX, Florence Nightingale demonstrou que a realização dos pensos ou a administração de medicamentos não era suficiente para assegurar a sobrevivência dos militares que cuidava. Mais recentemente Collière (2003) defende o Cuidar como a “arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas” e que “é um ato de VIDA, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar a reproduzir-se” (Collière, 2003, p.1). Hesbeen (2000) acrescenta que “o cuidado designa o facto de *estar atento* a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, do seu bom funcionamento” (Hesbeen, 2000, p.9). Assim, Cuidar implica ir ao encontro do outro, partir à sua descoberta para compreender os seus comportamentos, as suas necessidades e poder dar uma resposta adequada. Esta visão assenta no Paradigma da Transformação, em que os fenómenos, na sua unicidade, são analisados numa dinâmica de interação constante, sob condições de mudança e desequilíbrio, em abertura com o mundo que nos rodeia (Kérrouac et al., 1996).

Cuidar em pediatria é compreender as emoções e os sentimentos da criança e família e o modo como vivenciam o problema de saúde/doença e os recursos disponíveis para a resolução do mesmo (Jorge, 2004). Deste modo, o Cuidar é reconhecido como uma competência do enfermeiro que requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual (Watson, 2002). O enfermeiro e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados (Kérrouac et al., 1996).

As teorias de enfermagem sustentam o exercício profissional e a prática dos cuidados, na medida em que os seus conceitos e pressupostos auxiliam a valorização e o reconhecimento dos problemas e alvos do cliente, bem como o planeamento e execução das

intervenções. Em enfermagem avançada é fomentada a capacidade de identificar e analisar problemas relevantes, desenvolvendo, implementando e avaliando um plano de ação com o objetivo de se alcançarem melhores cuidados. A prática de enfermagem avançada só é possível através da análise e síntese do conhecimento, compreensão, interpretação e aplicação da teoria de enfermagem e de investigação, desenvolvendo o conhecimento de enfermagem e da profissão como um todo, integrando a prática baseada na evidência nos cuidados à pessoa (Silva, 2007; Canadian Nurses Association, 2008). A enfermagem deve responder as necessidades atuais e só poderá ser válida como uma enfermagem avançada se estiver alicerçada numa prática baseada na evidência, onde integra os conhecimentos provenientes de várias fontes, como a investigação, a experiência clínica dos enfermeiros peritos, as preferências e valores do cliente e contexto onde os cuidados são desenvolvidos (Melnik, 2004).

É importante, no entanto, que todo este conhecimento seja colocado na prática de forma a ser testado tendo em conta o “saber fazer” que, ligado ao saber prático, dá continuidade à evolução do conhecimento (Benner, 2001). As competências dos enfermeiros estão diretamente ligadas aos seus saberes adquiridos ao longo do tempo, em função dos seus conhecimentos práticos e teóricos, das suas experiências e adaptados à situação do cliente. Benner (2001) refere que a perícia profissional se desenvolve com as vivências da prática e propõe um modelo de desenvolvimento baseado em níveis progressivos de proficiência (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito). Com o aumento do conhecimento prático o(a) enfermeiro(a) questiona o conhecimento teórico assim como a tomada de decisão, permitindo deste modo, com o aumento da sua experiência, dar uma resposta mais rápida e sólida, facilitando o desenvolvimento da enfermagem e a prestação de cuidados especializados (Benner, 2001). Segundo a OE o EE deve possuir competências comuns, as quais se definem no domínio da responsabilidade profissional, legal e ética, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Diário da República (DR), 2011a). O EEESCJ deve possuir competências específicas, de assistir a criança/jovem e família na maximização da sua saúde, cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (DR, 2011b).

2.2 As Teorias de Enfermagem como suporte das práticas

As teorias de enfermagem são reconhecidas como orientadoras da prática profissional, sendo resultado das mudanças de pensamento e de visão dos cuidados a prestar, reflectindo a evolução da enfermagem e estimulando-a. A utilização das teorias permite uma orientação tendo por base um referencial teórico, revelando-se uma ferramenta essencial para a prática de cuidados de qualidade. Assim sendo, e após conhecer e refletir sobre diferentes teorias de enfermagem orientei o relatório, a reflexão das atividades desenvolvidas e o meu exercício profissional no cuidado pela Teoria das Transições de Afaf Meleis e pelo Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.

2.2.1 Teoria das Transições de Afaf Meleis

A enfermagem, como disciplina e prática, tem como foco de atenção as respostas das pessoas às transições, que podem ser decorrentes de eventos relacionados com a saúde e doença ou com processos de vida.

Afaf Meleis desenvolveu uma teoria de médio alcance que se centra nas experiências de transição vividas pelos clientes. Esta teoria aborda fenómenos e contextos específicos, ancora-se em teorias prévias e conduz a avanços importantes como o conceito de transição. Nesta, o cuidado tem como foco a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões (Meleis, 2012), interpretando-se os fenómenos de enfermagem à luz da vivência dessas transições. O conceito de transição é definido como um período de tempo, desencadeado por eventos críticos, mudanças ambientais e/ou individuais, em que o indivíduo/pessoa desenvolve novos conhecimentos e capacidades ou reforça os existentes. Segundo Meleis et al. (2000), o conceito de transição refere-se a uma passagem de uma fase da vida, condição ou *status* para outro, e denota uma mudança, no estado de saúde, no desempenho do papel nas relações, nas expectativas e/ou habilidades, requer que a pessoa ou pessoas que a experienciam incorporem novos conhecimentos e/ou habilidades. A transição pode envolver mais do que uma pessoa e está inserida num determinado contexto e situação. As características da transição incluem o processo, a percepção da alteração e os padrões de resposta (Meleis, 2012). Esta teoria descreve a natureza (tipo, modelos e propriedades), as condições facilitadoras e dificultadoras e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultado) comuns aos processos de transição e que guiam as terapêuticas de enfermagem.

A natureza das transições pode ser analisada pelo tipo, modelos e propriedades. O tipo de transição refere que estas podem ser de saúde/doença, de desenvolvimento, situacionais e organizacionais. A transição saúde/doença está relacionada com uma mudança súbita no desempenho da pessoa relacionada com alterações súbitas da condição de saúde, da passagem de um estado saudável para uma situação de doença crónica ou o agravamento da condição de saúde. A transição de desenvolvimento está associada a eventos de desenvolvimento individual ou familiar, tais como a transição para a parentalidade. A transição situacional acontece quando a situação exige a definição ou redefinição de papéis do cliente (pessoa ou família), como por exemplo quando ocorre a passagem de um papel “não parental” para um papel parental. Sendo esta transição uma das que constato e contacto diariamente em contexto laboral, na UCIN. A transição organizacional relaciona-se com mudanças relacionadas com o ambiente, seja este social, político e económico, e pode ainda associar-se a alterações na estrutura e dinâmica das organizações (Meleis et al., 2000).

As condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição são determinadas pelos vários elementos do processo, período de tempo, perceção individual da experiência e nível de conhecimento, pois cada pessoa atribui significado às situações de saúde e doença de acordo com os seus valores, crenças e desejos, e ainda com o contexto social, económico e cultural (Meleis et al., 2000).

Segundo Meleis (2012), as terapêuticas de enfermagem têm como objetivo tornar a pessoa menos vulnerável e facilitar a realização de transições saudáveis, aumentando a sensação de bem-estar dos clientes. Deste modo, o âmbito das intervenções em enfermagem consiste em promover, manter, regular, ou modificar o ambiente ou os processos de vida das pessoas para que resultem modificações em ambos.

O nascimento de um bebé prematuro ou gravemente doente e o seu consequente internamento numa UCIN constitui um acontecimento para o qual nenhum pai está preparado, e pode levar a dificuldades na vinculação, bem como na transição para a parentalidade. São os enfermeiros, segundo Meleis, que assistem às mudanças e exigências que as transições provocam na vida dos seus clientes, que os ajudam na preparação para as transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de competências. Além das alterações provocadas pelo nascimento prematuro e/ou pela admissão na UCIN, os pais também experienciam a interrupção do processo da parentalidade (Lawhon, 2002; Andreani, Custódio & Crepaldi, 2006). O nascimento de um RN é considerado um momento de transição no ciclo de vida individual e familiar, neste caso dificultado pela prematuridade ou pela necessidade de

internamento na UCIN, tendo um elevado impacto nos comportamentos, relações e funções dos elementos da família (Meleis, 2010; Cruz, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014). O nascimento acarreta sempre uma transição para o RN, decorrente da adaptação da vida intra para extrauterina, e/ou por situações de saúde/doença exigentes e severas, assim como para os pais, devido à adaptação a um novo papel e nova realidade. Em consonância com Meleis (2010), as transições implicam mudança nos papéis relacionais, nas expectativas e habilitações, sendo necessário o indivíduo incorporar novos conhecimentos e modificar o seu comportamento. O enfermeiro deve ter em consideração todas as possíveis situações transicionais com relevância no contexto familiar, prestando cuidados em momentos de transição e facilitando essas mesmas transições, para que sejam bem-sucedidas. Nesta medida, a aplicação de um posicionamento adequado facilita a transição do RN de um ambiente uterino para a iatrogenia ambiental da UCIN, tanto mais abrupta quanto mais doente ou imaturo for o RN e, com os pais, o enfermeiro pode intervir apoiando-os na transição para um novo papel, promovendo a vinculação, a parentalidade e a capacitação parental.

A OE (2015), no seu Guia Orientador de Boas Práticas reforça a importância da intervenção dos enfermeiros no apoio à vivência da parentalidade, devendo haver entre o profissional e os pais uma negociação constante, para que estes se sintam parte da equipa e promovam, nos seus padrões de resposta, o sentimento de confiança e pertença. Estas experiências de transição exigem, tanto para o enfermeiro, como para os pais e criança/jovem, que cada um integre novos conhecimentos, mude comportamentos, dê novos significados aos eventos e, conseqüentemente altere a sua própria identidade.

2.2.2 Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

O modelo de Betty Neuman considera o ser humano como único, completo e complexo, composto por um núcleo de energia que interage com o ambiente que o circunda, sendo constituído por diversas variáveis que o vão ajudar a reagir face aos *stressores* que afetam o sistema. Assim, este modelo baseia-se fundamentalmente em dois elementos: o *stress* e a reação ao *stress*. As variáveis de tempo e/ou ocorrências, as condições presentes ou passadas do indivíduo, a natureza e intensidade do *stress* e a quantidade de energia requerida pelo sistema são fundamentais para o cliente se adaptar ao *stress*.

Um sistema é entendido como um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, que se encontra

em constante mudança resultante da sua interação com o meio envolvente. Cada sistema funciona como uma estrutura básica, com características que lhes são próprias, protegidos por linhas de resistência, de defesa normal e de defesa flexível. A linha de defesa normal rodeia cada indivíduo e corresponde à estabilidade do sistema, incluindo as variáveis e os comportamentos. A linha de defesa flexível funciona como um mecanismo que rodeia e protege a linha de defesa normal. A linha de resistência é a linha mais externa ao sistema, constituída pelos mecanismos de *coping* que ajudam o indivíduo a superar os *stressores*.

A saúde é entendida como um contínuo de bem-estar do indivíduo, sendo um processo dinâmico e sujeito a mudanças, pelo que quando as necessidades da criança/família/enfermeiros se encontram satisfeitas, estes sistemas referem bem-estar. O ambiente, tal como a pessoa, é um fenómeno básico do modelo, sendo composto por todos os fatores internos e externos que interagem com a criança/jovem, família e enfermeiros.

Neuman define três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária reduz a probabilidade do sistema ser afetado pelos *stressores* e fortalece a linha flexível de defesa. A prevenção secundária faz a deteção precoce e tratamento. A prevenção terciária favorece a reconstituição do sistema e previne novas reincidências.

O RN ao nascer, se fisiologicamente instável ou imaturo, é imediatamente separado da mãe e rodeado por equipamentos altamente especializados, que se tornam uma barreira à vinculação. Esta separação aliada à imaturidade e, por vezes, ao risco de sobrevivência pode afetar ainda mais o processo de vinculação, representando um momento de grande crise para os pais (Jorge, 2004). Estes, ao confrontarem-se com o ambiente da UCIN, intensificam a ideia de que o seu filho é extremamente frágil, o que vem reforçar a necessidade de serem auxiliados para que possam concentrar-se nas reais capacidades de desenvolvimento do seu bebé e não no que este poderia ter sido (Brazelton, 2004). Este ambiente (UCIN) vai influenciar o modo como os pais e o RN se adaptam e, tal como refere Neuman, existem inúmeras necessidades e cada uma pode influenciar a harmonia ou estabilidade do cliente (pais e RN). O Modelo dos Sistemas de Betty Neuman refere que cada indivíduo (RN-Família) é um sistema aberto, que interage continuamente com *stressores* ambientais (presentes na UCIN) e está em constante mudança, caminhando em direção a um estado dinâmico de harmonia, equilíbrio e bem-estar ou a uma situação de doença. O cuidado de enfermagem compreende o respeito pelo indivíduo como um todo (ser holístico), valorizando todas as suas variáveis (biológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais), que influenciam a resposta do indivíduo aos *stressores* ambientais. O enfermeiro

tem um papel fulcral na promoção do contato precoce do RN com os pais para o estabelecimento de uma ligação afetiva forte, na medida em que os apoia na construção desta relação, identificando os *stressores*, a reação aos *stressores* e as capacidades para lidar com os mesmos (Freese, 2004; Neuman & Fawcett, 2010). O RN internado é exposto continuamente a fatores *stressores*, principalmente os intrapessoais, que interferem nas suas capacidades biológicas, fisiológicas e emocionais, pela doença e/ou pelo ambiente, e que comprometem a sua linha de defesa normal. Assim, compreende-se que o posicionamento adequado permite diminuir o impacto que o ambiente da UCIN (luz, ruído, procedimentos, hipotonia do RN) tem no desenvolvimento do RN, sendo este ambiente um *stressor* na harmonia da transição.

2.3 Cuidar em Enfermagem Pediátrica

A evolução científica, tecnológica e da disciplina de Enfermagem tem ganho gradualmente um papel de destaque na área da saúde, no que concerne ao cuidado à criança, jovem e família (Hockenberry & Wilson, 2014). Na atualidade os cuidados em pediatria são prestados com base em dois pilares fundamentais, CCF e não traumáticos.

A “filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como uma constante na vida da criança” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.11), sendo o foco do cuidado, o respeito, o apoio e a colaboração, e tendo como conceitos básicos a capacitação e o empoderamento da família (Hockenberry & Wilson, 2014). O Instituto dos CCF reconhece as famílias como verdadeiros aliados nos cuidados aos seus entes queridos, sendo essenciais para a segurança e conforto destes, bem como para a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Conway et al., 2006). Os CCF assentam em princípios como o respeito e dignidade (conhecimentos, valores, crenças e perspectivas familiares são incluídas no planejamento e na prestação dos cuidados), a partilha de informações (comunicação efetiva e partilha de informação oportuna e clara), a participação (incentivo e apoio na tomada de decisão e nos cuidados) e a colaboração (a criança/jovem e a família são incluídos na prestação de cuidados em todo o seu processo de planejamento, execução, avaliação e reestruturação, se necessário) (Conway et al., 2008; Harrison, 2010; Institute for Family-Centered Care, 2010; American Academy of Pediatrics, 2012).

Os profissionais têm o dever de capacitar as famílias, de forma individualizada e progressiva, dando-lhes oportunidade para demonstrar as suas aptidões e competências, assim como adquirir outras que sejam pertinentes, para responder às necessidades da criança/jovem,

mantendo o controle sobre as suas vidas (Hockenberry & Wilson, 2014). O enfermeiro capacita a família quando incentiva os pais a mobilizarem capacidades e competências adquiridas e/ou desenvolverem novas competências, que lhes permitam satisfazer as necessidades do seu filho e as suas, mesmo durante a hospitalização. No que concerne ao “empoderamento”, os enfermeiros interagem com a família, no sentido de esta ser capaz de controlar a sua vida, realizando mudanças que originem hábitos e comportamentos, que potenciem as suas capacidades e intervenções junto da criança/jovem, prestando assim cuidados flexíveis e culturalmente competentes (Smith, Coleman & Bradshaw, 2006; Jolley & Shields, 2009; Hockenberry & Wilson, 2014). Este modelo reconhece a família como parceira nos cuidados à criança/jovem, respeitando-a (Casey, 1993). O enfermeiro detém o conhecimento sobre a família que se lhe afigura, reconhecendo como esta cuida, quais são as suas possibilidades, os seus limites e as suas forças para solucionar um problema (Mendes, 2010), sendo partilhados conhecimentos, habilidades e recursos, culminando em resultados positivos para todos os parceiros. Os enfermeiros reconhecem as preferências da família e da criança/jovem, diminuindo-se a tensão entre estes sistemas, afastando os efeitos negativos da hospitalização, potenciando os efeitos positivos, garantindo o planeamento dos cuidados, preparando a alta e proporcionando conforto e apoio. Esta relação que se constrói entre os enfermeiros e a família implica negociação, clarificando os papéis de cada interveniente no processo (Mendes & Martins, 2012). É através desta partilha de informação, poder e conhecimentos que a família se envolve nos cuidados, tornando-se apta a tomar decisões, que são respeitadas pelos enfermeiros.

Numa área específica, como a Neonatologia, é necessário adequar a tecnologia disponível às necessidades do RN e família, bem como adotar medidas e estratégias que valorizem o cuidar e respeitem a vida humana em toda a sua dimensão, promovendo o cuidado individualizado ao RN e família (Neto & Rodrigues, 2010). A arte do cuidar exige a interiorização permanente da unicidade e singularidade de cada criança/jovem e família, sendo esta tomada de consciência uma peça fundamental para uma prestação de cuidados de enfermagem plena, sensível e de excelência. Neste sentido, a intervenção do enfermeiro prende-se, em grande medida, com apoiar a família na prestação de cuidados e na tomada de decisões, reconhecendo a sua individualidade e diferentes necessidades. Os princípios dos CCF nos cuidados neonatais, que foram identificados no estudo de Henning, Gomes e Morsch (2010), como sendo os mais importantes para os pais e profissionais, foram: segurança,

gentileza, comunicação, informação consistente, educação, meio-ambiente, controlo da dor, participação, proximidade e apoio.

Prestar CCF permite reduzir o impacto negativo da hospitalização da criança, jovem e família, pois os cuidados são planeados e prestados com e para a família (Coyne, O'Neill, Murphy, Costelo & O'Shea, 2011), promovendo o aumento da confiança, das competências parentais, a desmistificação da situação da criança/jovem e o aumento da qualidade dos cuidados (Dunn, Reilley, Johnston, Hoopes & Abraham, 2006; Coyne & Cowley, 2007). A OE (2010), no Guia Orientador de Boas Práticas de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, reconhece diversos valores ao binómio criança/família, nomeadamente o reconhecimento da criança/jovem como ser vulnerável, a valorização dos pais/pessoa significativa como os primeiros prestadores de cuidados, a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, e a preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança/jovem e família. Assim, conclui-se que só podemos falar em cuidado pediátrico humanizado, quando os pais são incluídos como parceiros e referências nos cuidados à criança/jovem, sendo os principais responsáveis pela promoção do seu crescimento e desenvolvimento.

Os cuidados não traumáticos são prestados através de intervenções que eliminam ou minimizam o desconforto da criança/família, tanto físico como psicológico, tendo como principal objetivo não causar dano, que pode ser alcançado, prevenindo ou minimizando a separação da criança e família, promovendo sentimentos de controlo e prevenindo ou minimizando a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Wilson, 2014). É assim, fulcral a presença dos pais, junto da criança e jovem em todos os momentos da relação de cuidado. No RN, a presença dos pais é benéfica pois fornece conforto e segurança (American Association of Critical Care Nurses (AACCN), 2010; Emergency Nurses Association (ENA), 2012), e permite reduzir o tempo de internamento (Pruitt, Johnson, Elliott & Polley, 2008). Quando há contacto físico entre o RN e os pais, há redução da agitação e promoção do conforto da criança, através do efeito não farmacológico que os pais possuem através da voz, toque ou contacto visual, permite a redução do *stress* e angústia dos pais (Dingeman, Mitchell, Meyer & Curley, 2007; Skene, Franck, Curtis & Gerrish, 2012), promove uma relação de confiança com a equipa, facilita a comunicação, aumenta o sentimento de poder e responde às necessidades físicas, emocionais, psicológicas e espirituais dos pais (Heinemann, Hellström-Westas & Nyqvist, 2013).

O enfermeiro, especificamente o EEESCJ, baseia a sua prática de cuidados num modelo conceptual centrado na criança/jovem e família/pessoa significativa em qualquer contexto, trabalhando em parceria. Presta cuidados de nível avançado e de elevada qualidade, com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde e identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa, promovendo elevados níveis de satisfação. Tem como foco o respeito pelas crenças, valores, desejos e cultura, a concretização de atividades que procurem reduzir o impacto das situações de hospitalização e/ou vivência de situações de risco/doença crónica e promoção da comunicação expressiva de emoções (DR, 2011b).

2.4 Cuidados para o Desenvolvimento

Na atualidade, com a evolução técnica e científica na área da saúde, as hipóteses de sobrevivência de RN no limiar da viabilidade têm aumentado (Altimier & Phillips, 2013). No entanto, apesar destes avanços tecnológicos, o RN torna-se mais vulnerável e suscetível aos riscos inerentes da prematuridade, entre os quais podem-se enumerar as possíveis sequelas a nível músculo-esquelético, neuro-comportamental ou postural (Picheansathian, Woragidpoonpol & Baosoung, 2009; Altimier & Phillips, 2013), pelo que se torna primordial apoiar o crescimento e desenvolvimento do RN e diminuir os efeitos adversos do ambiente da UCIN (Altimier & Phillips, 2013).

Durante a vida intra-uterina, o RN encontra-se num ambiente que dispõe de proteção materna, face ao ambiente exterior, com aporte contínuo de nutrientes, temperatura estável e ritmos crono-biológicos regulares, sendo estes fatores fundamentais para o crescimento e desenvolvimento saudável. Por este motivo, o RN ao nascer antes do tempo é extremamente susceptível e sensível ao ambiente da UCIN (Sousa, Dias, Pedro, Artilheiro & Curado, 2016).

Silva (2005) refere que os Cuidados para o Desenvolvimento englobam toda uma filosofia do cuidar, incluindo diversas atividades para adequar o ambiente e individualizar o cuidar do RNPT pela sua família e pela equipa, com base nas observações comportamentais. Os Cuidados para o Desenvolvimento englobam um conjunto de medidas e modelos de atuação da parte dos profissionais de saúde e família cuidadora, assim como formas de adaptação do meio ambiente que tornem menos agressivo o contacto do RNPT com o meio, numa tentativa de minimizar os *stressores* que possam causar danos cerebrais, por vezes irreversíveis (Hale, 2010). Estes cuidados implicam uma visão holística do RN/criança,

família e ambiente, para promover estabilidade e reduzir a prevalência de sintomas de *stress*, e assim potencializar as habilidades que os RN possuem de autorregulação e organização das suas respostas ao ambiente (Kenner & McGrath, 2004). Têm revelado resultados positivos no crescimento e desenvolvimento do RN, nomeadamente diminuição do tempo de alimentação parentérica e início da alimentação oral, diminuição do tempo de internamento, melhor aumento ponderal e das medidas antropométricas, melhorias ao nível da regulação do sono, da autorregulação e do *stress* familiar (Als et al., 2004).

São várias as teorias dos cuidados para o desenvolvimento. Destaco, no início da década de 80, a teoria desenvolvida por Heidelise Als, uma modalidade de proteção ao desenvolvimento do RNPT que consistia numa inter-relação dinâmica e de suporte mútuo entre os cinco subsistemas de desenvolvimento do RN: o subsistema autónomo ou fisiológico, o motor, o de organização de estados, o subsistema de atenção e interação e o subsistema de autorregulação e equilíbrio. A teoria é designada por Teoria Sinativa de Als pois durante cada estágio de desenvolvimento os subsistemas desenvolvem-se independentemente e, ao mesmo tempo, interagem continuamente um com o outro e com o meio ambiente (Silva, 2006). Para implementar os Cuidados para o Desenvolvimento foram concebidos modelos de cuidados individualizados e centrados no desenvolvimento e elaborados programas de avaliação do RN (Als & Gilkerson, 1997) nomeadamente o *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP) (Gaspardo, Martinez & Linhares, 2010). Este modelo preconiza proteger o RN de estímulos inapropriados, hiperestimulação e procedimentos desnecessários, e garantir a prestação de cuidados de qualidade por profissionais que o conheçam intimamente. Envolve, entre outras intervenções, a redução da luminosidade, ruído e manipulações, visando promover períodos de descanso para o RN, de forma a diminuir os elevados níveis de *stress* ambiental (Gaspardo, Martinez & Linhares, 2010). Os elementos chave do NIDCAP são: coordenação; avaliação; meio ambiente tranquilo; consistência nos cuidados colaborativos; agrupamento de cuidados nas 24 horas; posicionamento adequado; oportunidade para contacto pele-a-pele; suporte individualizado para a alimentação e conforto para a família (Santos, 2011).

A partir da Teoria Sinativa de Als surgiu o modelo “O Universo dos Cuidados para o Desenvolvimento” desenvolvido por Gibbins, Hoath, Coughlin, Gibbins e Franck em 2008. Segundo estes autores, os Cuidados para o Desenvolvimento constituem um sistema complexo e dinâmico que exige o estabelecimento de limites e fronteiras, em que dois elementos, cérebro e ambiente criam uma superfície de neurodesenvolvimento partilhada, a

pele, que funciona como ponte entre o RN e o ambiente. A pele é o ponto focal das interações humanas, onde existe sempre algum nível de contribuição recíproca entre o RN, a família e equipa prestadora de cuidados da UCIN. Ao mudar o foco do sistema nervoso central para a atual superfície partilhada de cuidados, existe melhor reconhecimento da interação de todos os sistemas do corpo em desenvolvimento e uma avaliação das necessidades para o cuidado individualizado do RN. Este modelo tem uma representação semelhante à do sistema solar, estando o RN no seu centro. A envolver o RN estão diversos planetas, representativos das várias necessidades de vida do RN e, a envolver todos estes planetas encontra-se a família e, após este, encontram-se os profissionais de saúde a envolver a criança e família. Os cuidados para o desenvolvimento incluem três componentes principais: a avaliação constante da condição da criança e cuidados individualizados em função da mesma; a redução de *stressores* ambientais e a promoção do descanso e manutenção do equilíbrio da criança; e a integração dos pais no cuidado (Kenner & McGrath, 2004). Este modelo, tal como o de Neuman pressupõe a protecção das variáveis do sistema, criança, procurando minimizar os efeitos negativos do internamento hospitalar. É através da pele, a linha normal de defesa no modelo de sistemas de Neuman, que são prestadas todas as intervenções necessárias e também é a pele, que emana indícios de alteração do bem-estar da criança. A partir da Teoria Sinativa de Als e do Modelo “O Universo dos Cuidados para o Desenvolvimento”, que se apoiam nos CCF, as intervenções de enfermagem devem ser desenvolvidas tendo em conta o tipo de transições vivenciadas pelos pais, nomeadamente transições do tipo situacional e de desenvolvimento, assim como o tipo de transições vividas pelo RN, nomeadamente, a de desenvolvimento e a de saúde-doença (Meleis, 2010).

Em 2009 Coughlin, Gibbins e Hoath, tendo por base este modelo, desenvolveram cinco medidas fulcrais em áreas de cuidados transversais, independentes da patologia do RN, como a protecção do sono, a avaliação e gestão da dor e do *stress*, o suporte de desenvolvimento das atividades de vida diárias (posicionamento, integridade cutânea, alimentação oral), o cuidado centrado na família e o ambiente de cura/reparador (*healing environment*). Gibbins, Coughlin e Hoat (2010) ressaltam ainda que os cuidados e intervenções para o desenvolvimento têm revelado resultados positivos a nível neurológico, do crescimento e desenvolvimento do RN devendo por isso ser implementadas nas UCIN o mais precocemente possível.

Em 2013, Altimier e Phillips desenvolveram o Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal que é baseado em sete medidas nucleares neuroprotetoras:

ambiente; parceria com as famílias; posicionamento e manipulação; minimização do *stress* e da dor; proteção da pele; proteção do sono, e otimização da nutrição. Este tem como objetivo, utilizar estes focos como estratégias para suportar a criação de conexões neuronais ideais, promover o desenvolvimento adequado e prevenir as alterações físicas, comportamentais e neurológicas.

2.5 Posicionamento Terapêutico do Recém-Nascido

A transição precoce e abrupta do RNPT para a vida extrauterina torna-se um momento de desorganização (Picheansathian, Woragidpoonpol & Baosoung, 2009; Meleis, 2010), uma vez que o ambiente intrauterino, onde se encontrava, promovia o posicionamento ideal, mantendo o RN numa posição de flexão, contenção, alinhamento corporal adequado e orientação à linha média (Sweeney & Gutierrez, 2002; Waitzman, 2007). O ambiente intrauterino é caracterizado por limites seguros para a flexão generalizada e barreiras suaves e seguras que permitem o desenvolvimento do feto e o movimento fetal ativo, seguido por um retorno a uma postura de descanso em flexão e orientação à linha média (Hunter, 2010), exposição limitada à luminosidade e ruído, desenvolvimento normal do ciclo do sono, acesso direto e permanente à mãe (Altimier & Phillips, 2013), promovendo o neurodesenvolvimento e a autorregulação (Zarem et al., 2013). Ao nascer o RNPT é exposto a um ambiente agressivo (Altimier & Phillips, 2013) e apresenta déficit de tônus muscular e força (hipotonia), assumindo frequentemente uma posição de extensão do pescoço, costas e extremidades (Sweeney & Gutierrez, 2002) com a cabeça lateralizada para um lado (geralmente o direito), as extremidades em abdução e rotação externa (Hunter, 2010). Esta posição de extensão ocorre devido ao efeito da gravidade e à predominância do tônus extensor (Altimier & Phillips, 2013), podendo afetar a aquisição de capacidades fundamentais para o desenvolvimento motor e dificultar a autorregulação (Sweeney & Gutierrez, 2002). Segundo Zomignani, Zambelli e Antonio (2009), os estudos sobre o neurodesenvolvimento revelam que a prematuridade interfere nos processos de maturação do cérebro, ocasionando alterações anatómicas e estruturais e, conseqüentemente, podem causar déficits funcionais.

O posicionamento terapêutico é uma das intervenções mais simples para fornecer suporte postural e que tem impacto imediato e duradouro sobre o desenvolvimento do RN. Define-se como a tentativa de replicação do apoio contido e harmonioso do útero materno, proporcionando para tal suporte postural e de movimento, afim de otimizar o

desenvolvimento músculo-esquelético e promover o desenvolvimento de respostas adaptativas semelhantes às apresentadas pelo RN de termo considerado saudável (Altimier & Phillips, 2013), através da orientação à linha média, flexão, contenção, criação de limites, facilitação do movimento mão-boca e do estado de organização (Tamez & Silva, 2013). É uma estratégia de intervenção usada para promover a estabilidade neuro-motora, neuro-comportamental e músculo-esquelética, promovendo ainda a função fisiológica, a estabilidade, a integridade da pele, a regulação térmica, a densidade óssea, o sono e o desenvolvimento cerebral (Waitzman, 2007; Hunter, 2010). Os principais objetivos do posicionamento terapêutico são apoiar a postura e o movimento; otimizar o desenvolvimento músculo-esquelético e o alinhamento biomecânico; proporcionar exposição controlada a estímulos propriocetivos, tácteis e visuais; promover a organização comportamental; promover a flexão e orientação à linha média, com intuito de prevenir posturas e movimentos assimétricos; prevenir o achatamento da cabeça e rotação externa das ancas (Aucott, Donohue, Atkins & Allen, 2002; Sweeney & Gutierrez, 2002; Fonseca & Barros, 2016), usando auxílios e limites de posicionamento apropriados (Ferrari et al., 2007).

Os resultados da investigação têm permitido identificar os benefícios do posicionamento ao nível do desenvolvimento, crescimento e maturação neurológica, comportamental, músculo-esquelética, postural e dos movimentos do RN. Já em 1986, Updike et al., citado por Vaivre-Douret, Ennourib, Jrad, Garrecd e Papiernik (2004), consideraram que a posição que o RNPT adota quando não tem suportes ao posicionamento, mantendo uma postura em extensão, tem consequências no desenvolvimento, tais como a retração dos ombros e braços, dificuldade na rotação do pescoço e aumento da hiperextensão dos músculos do pescoço, pelo que sugeriram alterações regulares de posição.

Monterosso, Kristjanson e Cole (2002) na sua revisão da literatura concluíram que as intervenções posturais adequadas podem ter um impacto positivo no desenvolvimento neuro-motor do RNPT. Constataram que a posição ventral é a preferida dos RN de muito baixo peso, pois promove o desenvolvimento de funções pulmonares, cardiovasculares, gastrointestinal e a organização do sono. Ainda em 2002, Sweeney e Gutierrez referiram que as intervenções de suporte ao posicionamento e os processos de maturação músculo-esqueléticos podem minimizar as alterações músculo-esqueléticas.

Em 2003, Monterosso, Kristjanson, Cole e Evans realizaram um estudo comparativo entre o uso de fralda de suporte postural e uso de rolos de suporte postural na função neuro-motora do RNPT, chegando a conclusão de que a sua utilização concomitante proporcionava

uma melhor resposta. Observaram que o uso simultâneo melhorou a função neuro-motora, o alinhamento corporal e aumentou a mobilidade das extremidades superiores e inferiores. Concluíram que o posicionamento terapêutico reduz as hipóteses dos RNPT adquirirem deformações posturais que podem afetar o desenvolvimento motor, as habilidades lúdicas e a relação social.

Keller, Arbel, Merlob e Davidson (2003) demonstraram que a posição dorsal (numa rede) estava associada a uma maior maturação neuromuscular, relativamente à posição ventral, e a uma situação de maior relaxamento, constatada através da observação dos sinais vitais do RN, nomeadamente menor frequência cardíaca e respiratória.

Vaivre-Douret et al. (2004) no seu estudo demonstraram a importância das alterações frequentes de posição e dos suportes funcionais posturais que permitem a atividade motora espontânea para um normal funcionamento neuromuscular e osteoarticular. Compararam o posicionamento do grupo de tratamento (posicionado em decúbito dorsal e lateral) e do grupo de controlo (posicionado em decúbito ventral). Os resultados revelaram anomalias significativas no grupo de controlo incluindo predominância dos músculos extensores, aumento da abdução e flexão dos braços e rigidez neuromuscular global. Os exames psicomotores e neurológicos mostraram atraso nas aquisições musculares quando em decúbito ventral. Constataram que os RNPT posicionados em ventral apresentaram maior incidência de alterações ortopédicas dos pés e atraso no desenvolvimento muscular. No grupo de tratamento observaram menor incidência de opistótonos, melhor tônus ativo e equilíbrio entre os músculos flexores e extensores. Concluíram que a modificação regular da posição, associado a posturas funcionais adequadas, favorece a manutenção da função neuromuscular e osteoarticular, assim como o desenvolvimento da atividade motora espontânea e funcional.

Em 2005, Dusing, Mercer, Yu, Reilly, e Thorpe desenvolveram um estudo em que compararam a posição do tronco em decúbito dorsal dos RNPT e de termo. Os resultados mostraram que os RNPT passam menos tempo com o tronco numa posição de flexão, quando posicionados em decúbito dorsal do que os RN de termo. Os RN de termo passaram significativamente mais de dois terços do tempo com o tronco em posição de flexão ou neutra.

Nakano, Kihara, Nakano e Konishi, (2010) avaliaram de que forma o posicionamento influencia os padrões de movimento dos RNPT mensurando os seus movimentos espontâneos. Os resultados obtidos revelaram que o adequado posicionamento facilita a postura em flexão e os padrões de movimentos em direção ao centro do corpo.

Madlinger-Lewis et al., (2014) compararam o efeito do posicionamento alternativo versus tradicional no RNPT. Concluíram que os RNPT quando posicionados no método alternativo, demonstraram menor assimetria durante os testes neuro-comportamentais e menor assimetria das respostas motoras e reflexas. A simetria dos músculos, tónus, reflexos e respostas bilaterais é importante para o desenvolvimento precoce.

O posicionamento terapêutico tem sido citado como um importante fator no modelamento e alinhamento do sistema músculo-esquelético. Acrescido aos benefícios enunciados, também promove a melhoria dos padrões de sono (Grunau, Linhares, Holsti, Oberlander & Whitfield, 2004; Picheansathian, Woragidpoonpol & Baosoung, 2009; Peng et al., 2014; Modesto et al., 2016), reduz a área superficial do RNPT exposto, reduzindo assim as perdas de calor radiante e convectivo (Hunter, 2010; Altimier & Phillips, 2013), previne o aparecimento de deformidades cranianas e promove o desenvolvimento cerebral simétrico (McManus & Capistran, 2008; McCarty et al., 2017), promove um melhor desempenho da função pulmonar (Abdeyazdan Nematollahi, Ghazavi, & Mohhammadizadeh, 2010; Gouna et al., 2013; Sousa et al., 2016) e da função gastrointestinal através do posicionamento, pois o refluxo gastroesofágico é reduzido pelo decúbito lateral esquerdo e ventral e aumentado pelo posicionamento em lateral direito (Ewer, James, & Tobin, 1999). Mais recentemente, Chen, Tzeng, Gau, Kuo e Chen (2013) sugeriram a colocação na posição ventral durante os primeiros trinta minutos após a alimentação e depois proceder à mudança de posição de acordo com o comportamento do RNPT. É consensual que o RNPT deve experimentar a alternância de decúbitos para prevenir o aparecimento de úlceras por pressão e para adquirir uma maior diversidade da estimulação sensorial, promovendo a segurança, organização comportamental, satisfação emocional e autorregulação do RNPT (Sousa et al., 2016).

Face aos benefícios enumerados foram definidos princípios fundamentais para o posicionamento e manipulação do RN, nomeadamente:

- Avaliar o ciclo de sono-vigília do RN para planear o momento adequado para o reposicionamento (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014);
- Fornecer suporte durante o posicionamento (Altimier & Phillips, 2013);
- Promover contacto das mãos com a boca (Altimier & Phillips, 2013);
- O RN deve estar na linha média em flexão e numa posição confortável em todos os momentos do posicionamento, usando para tal ajudas de posicionamento e limites adequados (Coughlin, 2014, 2017). Estes dispositivos devem permitir o movimento

espontâneo, fornecer contenção tátil e permitir a percepção do próprio corpo (Sweeney & Gutierrez, 2010; Altimier & Phillips, 2013);

- O RNPT de idade igual ou inferior a 26 semanas de gestação deve permanecer com a cabeça na linha média, mesmo quando é manipulado. Os RN com menos de 32 semanas de gestação deverão ter a cabeça na linha média nas primeiras 72 horas de vida ou até que atinjam estabilidade hemodinâmica (Coughlin, 2014, 2017);

- Os cuidados devem ser estabelecidos com base nos sinais de stress do RN. O agrupamento ou o fracionamento dos cuidados deve depender da ausência ou da presença destes sinais (Altimier & Phillips, 2013);

- A manipulação deve ser feita lentamente, modulando os movimentos, com as extremidades do RN fletidas e contidas (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014);

- A manipulação e o toque frequentes podem perturbar o sono (Coughlin, 2014);

- O RNPT (das 32 às 36 semanas de IG/corrigida) beneficia de ser reposicionado a cada 3 ou 4 horas e sempre que necessário (Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013);

- As ajudas de posicionamento são gradualmente removidas à medida que o bebé em decúbito dorsal demonstra flexão fisiológica da parte superior do corpo. A partir deste momento deve dormir em decúbito dorsal sem dispositivos de apoio (Coughlin, 2014);

- A permanência em decúbito ventral pode e deve ser incentivada nas atividades diárias do bebé (Sweeney & Gutierrez, 2010; Coughlin, 2014);

- Capacitar os pais sobre os princípios e técnicas de posicionamento (Altimier & Phillips, 2013);

- A posição recomendada para RN clinicamente estáveis é o contato pele-a-pele/ Método Canguru (Coughlin, 2017).

A prática de cuidados na UCIN tem implícita a preocupação com o posicionamento do RN, na medida em que o enfermeiro tem consciência de que este é um elemento preponderante no crescimento e desenvolvimento do RN, sendo esta uma área autónoma da sua esfera de cuidados, no entanto ainda se verifica inconsistência das práticas na UCIN (Perkins, Ginn, Fanning & Bartlett, 2004; Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010; Jeanson, 2013; Zarem et al., 2013; Masri, Ibrahim, Badin, Khalil & Charafeddine, 2018). No entanto, apesar da sensibilidade para esta temática e de já existir investigação internacional e escalas desenvolvidas ou em desenvolvimento, ainda estamos perante uma prática não uniformizada ou padronizada em Portugal, o que afeta inevitavelmente tanto a continuidade como a avaliação dos cuidados prestados.

3. PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os contextos de estágio, decorrido de 25 de Setembro de 2017 a 09 de Fevereiro de 2018 (cronograma em apêndice I), foram seleccionados no sentido de oferecerem o máximo de oportunidades de aprendizagem no desenvolvimento de competências comuns e específicas no âmbito do exercício profissional do EEESCJ nos diferentes contextos da sua atuação, de modo a capacitar-me para dar uma resposta adequada às necessidades da criança/jovem e família e mais concretamente ao problema identificado no meu contexto de trabalho.

Este percurso teve em consideração o preconizado pela OE, pelo que estagiei em contextos como o Serviço de Internamento de Pediatria, Cuidados de Saúde Primários (CSP), Serviço de Urgência de Pediatria (SUP), UCIN (outro contexto e o meu próprio contexto de trabalho), onde tive oportunidade de desenvolver competências de EE e EEESCJ, e ainda que fossem contextos promotores de aprendizagens direcionadas à minha área de projeto.

Tal como refere Benner (2001) “A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (Benner, 2001, p.61).

Deste modo, os contextos de trabalho promovem o desenvolvimento de competências práticas durante a formação dos enfermeiros. A prestação de cuidados de enfermagem em contextos de trabalho permite a aquisição de novas aprendizagens, através da vivência de experiências enriquecedoras, e do contacto com situações clínicas únicas, assim como o contacto direto entre os enfermeiros e os clientes proporciona o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais. Estas são elementos fundamentais para o estabelecimento da relação terapêutica com as pessoas cuidadas e com os seus familiares. A proximidade dos enfermeiros com as pessoas alvo dos seus cuidados permite o desenvolvimento de uma estrutura ética, moral e de responsabilidade (Benner, 2001).

No início do estágio foi elaborado um Guia Orientador de Atividades para cada campo de estágio como uma estratégia facilitadora para estruturar, delinear e sistematizar o percurso a desenvolver. Este documento, apresentado aos enfermeiros chefes dos serviços e EEESCJ orientadores nos locais de estágio, explana a problemática previamente identificada, o plano de trabalho e método, a explicitação dos objetivos delineados, as atividades definidas, assim como as competências a desenvolver e o cronograma do percurso de estágio.

Com o intuito de desenvolver as competências de EE e EEESCJ foram definidos os seguintes objetivos gerais e os respetivos objetivos específicos:

- Desenvolver competências comuns e específicas de EEESCJ, para a prestação de cuidados à criança/jovem e família em situação de saúde e doença, nas diferentes etapas do desenvolvimento e contextos em que a criança/jovem se encontre
 - Analisar as práticas de cuidados do EEESCJ nas suas diferentes vertentes e contextos de saúde
 - Colaborar na prestação de cuidados à criança, jovem e família nos diferentes estádios de desenvolvimento e contextos de saúde, com foco na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil
 - Prestar cuidados ao RN e família, centrados nas suas necessidades, para a facilitação do processo de vinculação e transição para a parentalidade, e desenvolvendo práticas de cuidados promotoras do crescimento e desenvolvimento do RN
- Desenvolver processos de cuidados potenciadores do posicionamento terapêutico do RN, criança, jovem e família em situação de saúde e doença, nas diferentes etapas de desenvolvimento e contextos em que a criança/jovem se encontre
 - Adquirir conhecimentos sobre a importância do posicionamento no crescimento e desenvolvimento infantil
 - Identificar os instrumentos de avaliação do posicionamento do RN na UCIN, com intuito de ser selecionado um destes e, validado estatisticamente para a população neonatal portuguesa.

Para dar resposta aos objetivos gerais e específicos definidos foram planeadas as atividades para cada contexto de estágio, os indicadores de avaliação e respetivas competências desenvolvidas. O desenvolvimento de competências de EEESCJ concretizou-se através do percurso experiencial nos diferentes contextos, ancorada numa metodologia de projeto, mas só através da reflexão sobre a prática e sobre as aprendizagens realizadas, pude desenvolver um “verdadeiro saber” (sínteses reflexivas em apêndice II, III, IV e V). Assim, este capítulo pretende descrever e analisar as atividades e processos de trabalho tendo em conta os objetivos delineados, bem como analisar e refletir sobre as aprendizagens, sustentando-me no conhecimento e evidência científica produzidos e nos documentos reguladores da profissão. Em seguida, irei apresentar as atividades e competências desenvolvidas em cada campo de estágio, de forma a dar resposta aos objetivos definidos.

3.1 Serviço de Internamento de Pediatria

A experiência proporcionada pelo cuidar de crianças/jovens com patologias tão diversas e complexas possibilitou o desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos e competências do ponto de vista técnico e relacional, num contexto muito distante da minha realidade profissional.

A situação de hospitalização é uma fonte de *stress* e ansiedade para a maioria das crianças (Barros, 1999). Lissauer e Clayden (2007) realçam que quando hospitalizadas as crianças devem receber CCF, informação, apoio psicossocial, oportunidade de se exprimirem de acordo com a sua idade e estar num ambiente adequado. Neste contexto, as crianças/jovens internados apresentam necessidades especiais e podem apresentar maior risco de desenvolver uma condição crónica física, evolutiva e comportamental (Hockenberry & Wilson, 2014). Durante o estágio acompanhei o percurso de hospitalização de crianças/jovens e famílias, desde o acolhimento até à alta. O acolhimento é um momento primordial no percurso de internamento da criança/jovem e família, pois estes encontram-se vulneráveis e com novas necessidades acrescidas (Silva, Collet, Silva & Moura, 2010), e no estabelecimento de alicerces fundamentais na relação com a criança/jovem e família. O momento do primeiro contato com os profissionais de saúde deve permitir o estabelecimento de relações de confiança, a valorização do conhecimento dos pais e da criança/jovem, e a promoção dos seus direitos (Hockenberry & Wilson, 2014). Os pais devem sentir-se acolhidos, confortáveis, apoiados e compreenderem que têm um papel fulcral na tomada de decisão e nos cuidados (Mundy, 2010). Os acolhimentos que tive oportunidade de acompanhar, permitiram constatar que os enfermeiros do serviço podem receber as crianças/jovem e família na Consulta de Pediatria ou no Serviço de Pediatria, vindo acompanhados pela enfermeira da Consulta. Na primeira abordagem, os enfermeiros apresentam-se e perguntam às crianças e jovens como gostam de ser tratados. Encaminham a criança/jovem e família para o quarto, apresentam espaço e condições do serviço, explicam normas de funcionamento do mesmo, permitindo uma familiarização com o ambiente. Os pais podem trazer objetos para humanizar o espaço tais como bonecos, fotografias, desenhos, para deste modo diminuir o *stress* da criança/jovem. O proporcionar um ambiente acolhedor, apresentar o serviço e permitir que o ambiente seja o mais familiar possível, promove o estabelecimento de uma relação de confiança com a equipa, favorecendo a comunicação, aumentando o sentimento de poder da criança/jovem e pais, e respondendo às suas

necessidades físicas, emocionais, psicológicas e espirituais (Pruitt, Johnson, Elliott & Polley, 2008; Mundy, 2010; Heinemann, Hellström-Westas & Nyqvist, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014), o que permitiu reconhecer este ambiente como seguro e afetivo. Pude constatar que os cuidados são nutridos com afeto (Diogo, 2006, 2012, 2015), e que as crianças/jovens se sentem amadas e acarinhadas, demonstrado em momentos de carinho, palavras afetuosas, brincadeiras, “partidas” e abraços. As atividades desenvolvidas no serviço, aliadas à relação empática e de confiança estabelecidas no contexto, permitiram a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, tendo-se desenvolvido a Competência Comum do EE: *“Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (B3) - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo (B3.1)”* (DR, 2011a).

Após o acolhimento é realizada uma colheita de dados, junto dos pais e criança/jovem, num ambiente calmo e sigiloso, onde são colhidas informações sobre a família e identificadas as necessidades de apoio, tal como preconiza Mundy (2010), promovendo deste modo o respeito pela individualidade e confidencialidade dos dados colhidos, e deste modo, permitindo desenvolver a Competência Comum de EE: *“Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1)”* e *“Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2) - Promove a protecção dos direitos humanos (A2.1)”* (DR, 2011a). É ainda efetuada, no dia da admissão no serviço, uma reunião multidisciplinar, com pais, enfermeiro, médico, assistente social e educadora, onde resumem o caso da criança/jovem, são identificadas as necessidades da criança/jovem, questionados os pais sobre o filho, seus desejos, expectativas, e elaborado um plano de cuidados. No dia de alta, ocorre novamente uma reunião com os pais e equipa onde avaliam o percurso de internamento e abordam os cuidados domiciliários.

Neste serviço a criança/jovem até aos 14 anos tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe durante o período do dia. No período noturno têm direito a apenas um acompanhante. Há respeito pelos Direitos da Criança, artigo 9º, que refere que a criança não pode ser separada dos pais se não for essa a sua vontade (UNICEF, 1989) e pela Carta dos Direitos da Criança Internada, artigo 2º, que refere que a criança tem direito a ter sempre os seus pais, ou substitutos, junto a si, independentemente da sua idade ou estado de saúde (Instituto de Apoio à Criança (IAC), 1998, 2009). Há também uma preocupação com as necessidades dos acompanhantes, garantindo que dispõem de pelo menos um cadeirão para descansar (DR, 2009). É de salientar, que de acordo com situação clínica e decisão dos pais e

da equipa multidisciplinar, as crianças/jovens podem ir a casa durante o fim-de-semana, o que proporciona momentos lúdicos e o retorno ao seu ambiente habitual. Os cuidados prestados são baseados na filosofia dos CCF, pelo que manter os pais junto da criança/jovem dá conforto e proporciona uma sensação de controlo sobre o processo que se vive. Também a transmissão de informação adequada mostra-se fundamental para esta sensação de controlo, pelo que procurei manter os pais/família sempre informados acerca do estado da criança/jovem, bem como sobre todos os cuidados que lhe prestava. A partilha de informação entre pais/família e enfermeiros, e a sua inclusão nos cuidados, permitiu um aumento de conhecimentos de ambos, quer em relação aos cuidados prestados à criança/jovem no domicílio, aos seus hábitos e rotinas, quer em relação à situação clínica da mesma, dando poder aos pais na tomada de decisão (De Rouck & Leys, 2009; Skene et al., 2012). Pude constatar que na intervenção do enfermeiro esteve sempre presente a filosofia dos CCF, em que a relação pais/enfermeiros foi sustentada por crenças e valores de que os pais, são os melhores prestadores de cuidados das crianças/jovens, respeitando e valorizando a sua experiência e o seu contributo nos cuidados ao filho. Foi assim desenvolvida a Competência Específica do EEESCJ: *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1) – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1)”* (DR, 2011b).

O estágio permitiu desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: *“Cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (E2.5)”* (DR, 2011b). Prestei cuidados a várias crianças/jovens com doença aguda, ou crónica, tendo tido oportunidade de participar e prestar cuidados a crianças/jovens com défices físicos e de desenvolvimento, identificar as necessidades e incapacidades e prestar cuidados em concordância com o mesmo e promover a capacitação dos pais, requerendo da minha parte uma nova aprendizagem tanto da componente técnica, como relacional e humana, tendo deste modo também desenvolvido a Competência Específica do EEESCJ: *“Cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) - Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados (E2.3)”* (DR, 2011b), através da pesquisa da evidência científica acerca das doenças raras e respetivos cuidados de enfermagem.

Ao relacionar-me com crianças/jovens tive oportunidade de desenvolver capacidades e estratégias de comunicação adequadas a cada criança/jovem, estadio de desenvolvimento, cultura e conhecimento que possui, assim como adequadas a cada família. É através de uma comunicação eficaz, colocando questões abertas, dando incentivos não-verbais e escutando a pessoa que se estabelecem relações de confiança (Hockenberry & Wilson, 2014). Na comunicação com a família, a transmissão de informação assume um papel fundamental na diminuição dos níveis de *stress* e ansiedade, muito comuns em situações de hospitalização. Na comunicação com os pais, tratei-os pelo nome desejado, procurei encorajá-los a expor as suas dúvidas e preocupações, não me limitando a colher a informação considerada relevante para a prática, desenvolvi estratégias de saber ouvir (através da postura corporal, da expressão facial), usei sempre que considere necessário o silêncio, na procura de uma relação de ajuda e de empatia, procurei ir ao encontro das necessidades de informação da família, adotando uma postura calma, escutando as suas dúvidas, medos e preocupações e utilizando uma linguagem clara e simples. Desenvolver uma comunicação eficaz é fundamental para uma relação empática entre a família e a equipa de saúde para atingir a excelência do cuidar. Na comunicação com a criança/jovem procurei adequar estratégias verbais e não-verbais à sua idade e ao seu desenvolvimento cognitivo. Desta forma, centrei nela a minha intervenção e, para tal, assumi uma posição de igual para igual (a nível visual), falei calmamente, de forma simples e direta, dei tempo para se ambientar e expressar as suas preocupações e receios, evitei investidas rápidas ou outros gestos que pudessem ser considerados ameaçadores e utilizei por diversas vezes a brincadeira como linguagem universal das crianças. O brincar foi assim utilizado como instrumento terapêutico na comunicação com a criança de forma a proporcionar o estabelecimento de uma relação de confiança e segurança. O brincar está mundialmente reconhecido e referenciado na Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959), como um direito e este assume um papel fundamental na adaptação e integração da criança ao ambiente hospitalar (Sanders, 2014). Estas atividades permitiram desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3.)”* (DR, 2011b). O brincar foi utilizado como estratégia na comunicação, mas também como uma estratégia distrativa e não farmacológica de alívio da dor durante a realização de procedimentos dolorosos e desagradáveis e visando a minimização dos *stressores* da hospitalização. É fulcral identificar as fontes de ansiedade causada, por vezes, pelo medo do

desconhecido, da separação, dos procedimentos realizados, promovendo estratégias de bem-estar, aliviando o sofrimento e o impacto do processo de hospitalização (Lopes, 2013). O brincar contribui para o estabelecimento de um ambiente de cuidados alegre, acolhedor, de tranquilidade e de confiança; aumenta o sentimento de segurança da criança/jovem face a um ambiente estranho; permite-lhe divertir-se, promovendo a descontração e relaxamento; diminui o *stress* e a ansiedade de separação e afastamento do seu ambiente familiar e social; possibilita à criança/jovem exteriorizar a sua irritabilidade e frustração, expressando os seus sentimentos e emoções; estimula a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos outros; permite à criança/jovem desenvolver a sua criatividade e imaginação, manifestando os seus principais interesses e preferências. É no âmbito da Enfermagem um instrumento que permite a preparação da criança/jovem para procedimentos e uma estratégia que possibilita a gestão das suas emoções, perante uma situação emocionalmente intensa (Hall & Reet, 2000; Mitre & Gomes, 2004; Ferrari, Alencar & Viana, 2012). Foram também desenvolvidas intervenções que visavam a gestão e alívio da dor, através do recurso a medidas não farmacológicas, nomeadamente intervenções cognitivas, comportamentais, cognitivo-comportamentais, tais como o reforço positivo, a distração, imaginação guiada, a informação antecipatória (intervenções cognitivas), os exercícios de respiração diafragmática (intervenções comportamentais), e a massagem, o posicionamento e aplicação de frio/calor (intervenções cognitivo-comportamentais). Constatei que recorrem ainda a outras estratégias como o humor, riso, musicoterapia e suporte emocional, permitindo assim desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: “*Cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2)*” (DR, 2011b).

De forma a dar resposta ao segundo objetivo geral definido, pude constatar que a intervenção dos enfermeiros nos posicionamentos tem em consideração os benefícios enumerados pelos autores Lourenço, Ferreira e Baixinho (2016), pois posicionam as crianças/jovens com os objetivos de: evitar atrofias musculares, favorecer a mobilidade articular, melhorar a oxigenação/nutrição, promover a integridade cutânea, prevenir o aparecimento de úlceras de pressão, favorecer a cicatrização de feridas, aliviar a dor, promover o conforto, manter o alinhamento corporal, promover a estimulação visual e aumentar a perceção do espaço, prevenir a aspiração e complicações neurológicas, manter a integridade do tecido muscular, favorecer o sono e repouso, promover a circulação e diminuir o edema. No serviço, pude constatar que não utilizam nenhum instrumento para a avaliação

do posicionamento da criança/jovem, mas que promovem os princípios fundamentais dos posicionamentos, de acordo com a criança/jovem e situação clínica. A avaliação da criança/jovem a posicionar inclui a avaliação do estado cognitivo, da motricidade, que engloba avaliação da força muscular, com recurso a escala de *Lower*, do tônus muscular, com recurso a escala de *Ashworth* modificada e avaliação da coordenação motora. Engloba também a avaliação da amplitude articular, postura e alinhamento, antecedentes pessoais, nível de independência, com recurso a escala da Medida de Independência Funcional a partir dos 8 anos de idade, do peso e altura, do risco de desenvolver Úlcera por Pressão, com recurso à escala *Braden* e *Braden Q*, e avaliação do risco de Queda, com recurso a escala *Humpty Dumpty*. Após a avaliação, baseiam os posicionamentos nos princípios reconhecidos na evidência científica nomeadamente: manter o alinhamento corporal; garantir a distribuição equitativa do peso pela área de contato com a superfície de apoio; associar superfícies de alívio de pressão; estimular o autocuidado para diminuir os efeitos da imobilidade, prevenir o aumento da dependência e promover o potencial funcional da criança/jovem; instruir e encorajar os exercícios isométricos (contrações musculares sem movimento), com especial ênfase nos membros inferiores e abdómen; fazer exercícios ativos e passivos, na amplitude do movimento; alternar a posição regularmente; prevenir as complicações associadas ao posicionamento incorreto; realizar exercícios respiratórios; satisfazer as necessidades nutricionais e reforço hídrico; e capacitar cuidadores/ pais (Lourenço, Ferreira & Baixinho, 2016). Utilizam produtos de apoio ao posicionamento diferentes dos encontrados habitualmente com o objetivo de promoverem o posicionamento adequado e reabilitarem as crianças/jovens, desenvolvidos e adaptados a cada uma das crianças/jovens, como observei aquando da ida ao Laboratório de Análise da Posição de Sentado (LAPOSE), onde estiveram a adaptar a cadeira de rodas e de transporte à criança. Deste modo, foi desenvolvida a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1)”* (DR, 2011b). No seguimento da reflexão sobre as práticas de cuidados relacionadas com o posicionamento surgiu a oportunidade de desenvolver uma apresentação sobre “O Posicionamento no Serviço de Internamento de Pediatria” (apêndice VI) que teve como objetivo refletir sobre a importância do posicionamento no crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.

3.2 Cuidados de Saúde Primários

Durante o estágio pude identificar e colaborar em diversos programas a serem desenvolvidos na Unidade de Saúde Familiar (USF), de acordo com o preconizado pelas orientações técnicas da Direção-Geral da Saúde (DGS), nomeadamente no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e Programa Nacional de Vacinação (PNV).

Os objetivos principais do PNSIJ estão orientados para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens e tem como foco de atenção os cuidados antecipatórios; a realização de consultas de vigilância em idades-chave a nível do desenvolvimento físico, psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade, concomitantemente com o esquema cronológico do PNV; a promoção e proteção dos direitos da criança e do exercício da parentalidade; a prevenção das perturbações emocionais e do comportamento; a deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações prejudiciais à saúde da criança; o apoio à responsabilização e à autodeterminação; o trabalho de equipas multiprofissionais e interdisciplinares; e a articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da Saúde. Assim, é fulcral assegurar e otimizar a vigilância adequada da saúde das crianças e jovens reforçando o papel dos pais e outros cuidadores, promovendo o bem-estar familiar (DGS, 2013).

A Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil é um momento de triagem, avaliação, intervenção e orientação de situações de perturbação emocional e do comportamento na infância e adolescência, facilitando o diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco e a implementação de estratégias preventivas e terapêuticas (DGS, 2013). A USF, no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, integra a consulta de vigilância de Saúde Infantil e o PNV. Tanto na Consulta de Saúde Infantil como em contexto de vacinação, os pais, ou familiar prestador de cuidados, acompanham permanentemente a criança. A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil é da responsabilidade da EEESCJ que coordena e gere a marcação de consultas, de forma apropriada a cada idade e família, e articulada com a consulta médica e restantes valências multidisciplinares, e de acordo com as idades-chave definidas no PNSIJ. Tendo por base o PNSIJ (DGS, 2013), esta consulta é uma atividade autónoma do enfermeiro e contempla toda a vigilância, acompanhamento e encaminhamento necessários do RN até à criança/jovem em idade escolar e família, incluído a vacinação e outras áreas como os exames globais de saúde. Previamente à consulta médica é realizada a consulta de Enfermagem, que contempla para além da avaliação estado-ponderal, a

avaliação do desenvolvimento, a promoção de cuidados antecipatórios com base no programa tipo instituído pela DGS – PNSIJ, e é efetuado o registo no sistema informático da USF e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Neste contexto tive oportunidade de observar e colaborar nas Consultas de Saúde Infantil, através da avaliação desenvolvimento físico, psicomotor, psicossocial e problemas identificados; avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil com base na Escala de Avaliação de Desenvolvimento de *Mary Sheridan*; transmissão de cuidados/orientações antecipatório(a)s à criança e família para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; detetar situações de possível comprometimento da qualidade de vida da criança e do adolescente (perturbações da visão e linguagem, obesidade) e respetivos encaminhamentos; atuar em situações de doenças comuns nas várias idades; validar o cumprimento do PNV e registo no Sistema Informáticos (*MedicineOne*) e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

Relativamente à avaliação antropométrica, nomeadamente a monitorização do peso corporal, foi descrita pelos pais como importante, uma vez que proporciona um *feedback* do padrão alimentar do RN/criança/jovem. A alimentação durante a infância contribui para um adequado estado de saúde e, consequentemente para um desenvolvimento adequado prevenindo doenças, devendo assim ser equilibrada e adequada às necessidades nutricionais e idade da criança (OE, 2010). Neste sentido, e tendo em conta a idade da criança, a promoção do aleitamento materno (AM) foi uma realidade, com indicações para o manter em exclusivo até aos 6 meses de vida, respeitando sempre as decisões parentais (OE, 2010; Levy & Bértolo, 2008; Hockenberry & Wilson, 2014), tendo tido oportunidade de partilhar com os pais dos RN, nas consultas que efetuei, as respetivas recomendações, esclarecer dúvidas e partilhar experiências, uma vez que esta temática está patente na minha prática diária de cuidados, e deste modo permitiu desenvolver a Competência Comum de EE: “*Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1) – Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada (A1.1)*” e “*Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2) - Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade (D2.1)*” (DR, 2011a).

As recomendações do PNSIJ (DGS, 2013) para executar uma avaliação do desenvolvimento foram um auxílio precioso, no sentido de adquirir conhecimentos sólidos acerca dos parâmetros de desenvolvimento normal; ter presente as situações etiopatogénicas mais comuns, a fim de as poder incluir no diagnóstico diferencial; identificar os fatores de

risco para cada criança; durante a anamnese, fazer uma colheita de dados dirigida; observar o comportamento da criança desde que entra até que sai da consulta, incluído o exame físico, e instruir os pais sobre as estratégias promotoras do desenvolvimento infantil em cada etapa. A detecção precoce de eventuais desvios da normalidade no desenvolvimento infantil permite a referenciação atempada para um programa de intervenção multidisciplinar evitando sequelas secundárias. Nas consultas fiz a avaliação do desenvolvimento infantil de crianças em diferentes faixas etárias (até aos 5 anos) através da mobilização da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan*. Uma das dificuldades sentidas foi a inexperiência na utilização deste instrumento, mas que foi facilmente ultrapassada com o apoio e disponibilidade do EEESCJ, bem como, pela acessibilidade de informação e acesso à escala integrada nos registos de enfermagem informatizados, que referia os pontos de avaliação e os sinais de alerta. Foi uma aprendizagem útil, na medida em que adquiri novos conhecimentos sobre a avaliação do desenvolvimento da criança, aplicável de forma transversal nos diferentes contextos pediátricos, assim como fiquei mais desperta para identificar possíveis alterações de desenvolvimento. A aplicação deste instrumento permitiu junto da família esclarecer sobre a importância de promover o desenvolvimento e foram informados sobre como poderiam operacionalizar essa intervenção, nomeadamente quanto à exploração do ambiente, estimulação da linguagem e desenvolvimento de atividades lúdicas que estimulassem a autonomia progressiva da criança. A família, na sociedade atual, é a célula vital que fortalece o processo de crescimento e desenvolvimento físico, psico, afetivo e social dos seus membros, sendo nos primeiros anos de vida que esta tem influência fundamental no desenvolvimento da criança (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Assim, as consultas realizadas e a aplicação deste instrumento permitiram desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1)”* (DR, 2011b). Nesta situação, foi solicitado pela equipa de enfermagem, e por mim elaborado um elaborado um *kit* com materiais para avaliação do desenvolvimento (apêndice VII), uma vez que na USF não dispunham de alguns dos materiais necessários para efetuar a avaliação do desenvolvimento, o que me permitiu desenvolver a Competência Comum de EE: *“Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (B2)”* (DR, 2011a).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem refere acerca da Promoção da Saúde:

a criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família, a criança e/ou o jovem, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (OE, 2011), tais como evidenciado nas Consultas de Saúde Infantil, em que tive a oportunidade de cuidar de crianças, jovens e suas famílias, proporcionando-lhes momentos de educação para a saúde de acordo com as suas necessidades individuais. Os cuidados antecipatórios abordam temas como a nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados; prática regular de exercício físico; o brincar, e outras atividades de lazer em espaços livres e a gestão do *stress*; medidas de segurança; sono; promoção da saúde oral através de ensinamentos aos pais e crianças sobre a importância da lavagem frequente dos dentes e exemplificação da técnica correta.

A primeira consulta de Enfermagem ao RN constitui um momento privilegiado de observação da criança e da sua interação com os pais, sendo um momento ideal para transmitir orientações/cuidados antecipatória(o)s aos pais acerca dos cuidados ao filho, nomeadamente acerca da posição de dormir do bebé (como medida de prevenção da Síndrome de Morte Súbita), alimentação do bebé e da mãe (observa-se o momento da amamentação), cuidados ao coto umbilical, avaliação da perda ponderal fisiológica, possibilidade de icterícia neonatal, hábitos intestinais e cólicas, abordagem dos acidentes mais comuns no primeiro ano de vida, devendo ser frisada a importância do Boletim Individual de Saúde da criança. Com estas intervenções visei desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1) – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento (E3.1.3)”* (DR, 2011b). Durante a consulta existe uma preocupação no que respeita aos cuidados antecipatórios e à identificação de possíveis *stressores* existentes. Verifica-se uma prática que incide sobretudo numa perspetiva de prevenção primária no sentido de empoderar os pais de conhecimentos que fortaleçam as linhas flexíveis de defesa e diminuam a possibilidade das crianças se encontrarem com os agentes *stressores*. Torna-se assim fulcral que o EEESCJ possua uma visão sistémica da família por forma a prevenir situações de desequilíbrio ou rutura do sistema/criança (Neuman & Fawcett, 2010). Para Meleis (2010) uma das importantes intervenções de enfermagem é a suplementação de papel, que pode ser terapêutica para diminuir ou melhorar a insuficiência de papel, ou pode ser preventiva quando é utilizada como forma de clarificar papéis para as pessoas anteciparem a transição. Exemplo

disso, foi a referência às cólicas abdominais numa primeira consulta do RN, antecipando uma possível situação de crise para a criança e família.

A avaliação da relação emocional pais/criança e o estímulo do exercício adequado das responsabilidades parentais foram intervenções inerentes a todas as consultas. Nas consultas os enfermeiros realizam intervenções com intuito de promover o empoderamento e capacitação dos pais e o estabelecimento de uma relação de confiança, promotora da saúde, a qual permite e facilita a abertura dos pais para a colocação de dúvidas, (Mundy, 2010; Pereira, Fernandes, Tavares & Fernandes, 2011). Com base no conhecimento das necessidades dos pais pode-se realizar educação para a saúde adequada às suas dúvidas e ansiedades, facilitando o desenvolvimento de competências parentais (Abela, 2007; Lopes, Catarino & Dixe, 2010). No momento da consulta, procura-se que os pais questionem, expressem sentimentos, dúvidas e problemas, e em parceria, identifiquem necessidades e otimizem as potencialidades de desenvolvimento da criança. Assim, foi preocupação constante a satisfação das necessidades individuais de cada pai/mãe/família, através da disponibilização de orientações e ensinios individualizados, cujo objetivo foi contribuir para o aumento da segurança e competência parental.

Nas Consultas de Saúde Infantil tive a preocupação de ter uma linguagem acessível a toda a população, mas adequada às especificidades de cada família. Antes de dar informação ou fornecer os panfletos aos pais/família, tive sempre o cuidado de procurar saber o que os pais já sabiam, como agiam e quais as dúvidas que tinham. Desta forma ouvi os pais, procurando sossegá-los e valorizá-los enquanto cuidadores, acreditando nas suas capacidades e competências, agindo e dando apoio em concordância com a realidade que vivem. No contato com a criança ou jovem, procurei abordá-los, de acordo com as diferentes fases de desenvolvimento, nível de compreensão e o seu comportamento, tomando uma postura calma, uma posição ao nível da criança e utilizando linguagem simples, clara e verdadeira, utilizando o brincar como estratégia de comunicação. De acordo com Hall e Reet (2000), o uso da brincadeira livre, ou espontânea, para acalmar, comunicar, tranquilizar e para promover uma relação de confiança com as crianças, é essencial, quer para estas, quer para os profissionais que delas cuidam. O recurso ao brincar terapêutico (direcionada ou intencional) também tem benefícios clínicos, quer em termos da avaliação da criança/jovem, quer para a informar e preparar para a realização de determinados procedimentos, ou para a ajudar a explorar e a exprimir os seus sentimentos, medos, ou receios, permitindo desenvolver a Competência Específica do EEESCIJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de*

vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3.)” (DR, 2011b). O brincar contribui para o estabelecimento de um ambiente de cuidados acolhedor, de confiança e tranquilidade; promove o sentimento de segurança da criança face a um ambiente estranho; permite-lhe divertir-se, promovendo a sua descontração e relaxamento; diminui o *stress* e a ansiedade de separação e afastamento do seu ambiente familiar e social; possibilita à criança exteriorizar a sua irritabilidade e frustração, expressar os seus sentimentos e emoções; estimula a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos outros; e permite à criança desenvolver a sua criatividade e imaginação. Constitui assim um instrumento para a preparação da criança/jovem para procedimentos invasivos e uma estratégia que possibilita a gestão das suas emoções, perante uma situação emocionalmente intensa, e aumenta a sensação de autocontrolo (Mitre & Gomes, 2004; Hockenberry & Wilson, 2014).

Tive ainda, durante o estágio, a oportunidade de imunizar crianças/jovens de diferentes faixas etárias de acordo com o PNV. A DGS (2013) refere que compete aos profissionais de saúde divulgar o PNV, motivar, esclarecer e incentivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para cumprir o PNV, procurando trabalhar com a família e deste modo desenvolver a Competência Específica do EEESCI: *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1) - Implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1)”* (DR, 2011b), na procura de oportunidades para trabalhar com a criança/jovem e família com intuito de adotar comportamentos potenciadores de saúde. A minha experiência no que respeita ao PNV, pelo facto de desempenhar funções numa UCIN, era limitada a administração das vacinas da nascença ou dos 2 meses de idade. Porém, apesar de conhecer o esquema preconizado e as vacinas extra PNV, tive a oportunidade de conhecer, observar e compreender as especificidades da administração de cada vacina e o seu esquema associado, mas também as orientações de cuidados em situação de reação secundária às vacinas. Ao vacinar e, concomitantemente, realizar os respetivos cuidados antecipatórios aos pais, permite-lhes vigiar e reconhecer alterações no estado de saúde da criança e partilhar informações, capacitando-os e promovendo a sua responsabilidade parental (Reis, Rempel, Scott, Brady-Fryer & Aerde, 2010; DGS, 2013). Desta forma, estas atividades permitiram-me desenvolver, no domínio da prestação de cuidados especializados, a Competência Específica

do EEESCIJ: “*Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3)*” (DR, 2011b).

O momento da vacinação torna-se, tanto para a criança/jovem como para os pais, um momento stressante e angustiante, pois este é um procedimento invasivo e doloroso, e é frequente pais, crianças e jovens manifestarem alguns sinais de desconforto. Esta questão é reconhecida pela equipa. A presença dos pais é permitida, sendo prática comum a administração de vacinas ao colo dos mesmos, com intuito de diminuir os fatores de *stress* (OE, 2013). Sempre que se trate de crianças em idade pré-escolar existe o recurso à brincadeira terapêutica, através de brinquedos do próprio ou de brinquedos disponíveis na sala. Era concedido tempo à criança/jovem para que verbalizasse os seus medos e preocupações, preparando-a de seguida para o procedimento a realizar, valorizando a dor no sentido de a controlar, recorrendo com frequência à distração, brincadeira, imagem guiada e respiração. Foi realizado reforço positivo às crianças após a vacinação, promovendo o elogio e a recompensa, através de desenhos ou autocolantes. Quando se trata de RN ou lactentes, a administração de vacinas é feita ao colo dos pais com recurso a mama, em caso da mãe (se aleitamento materno), ou recurso à chucha (Linhares & Doca, 2010; OE, 2010; OE, 2013). Envolvia, sempre que possível, os pais/família nesses mesmos cuidados. Os pais foram sensibilizados sobre os comportamentos que poderiam minimizar a ansiedade da criança/jovem antes, durante e após o procedimento, tendo em conta as suas fases de desenvolvimento. Planear um procedimento com a criança/jovem e com os pais/acompanhante, explicar a importância desse procedimento e solicitar a opinião e colaboração dos intervenientes promove uma atmosfera de respeito mútuo, o que pode resultar numa maior cooperação na execução do procedimento (Schechter et al., 2007). Assim, de forma a desenvolver a Competência Específica do EEESCIJ: “*Cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2)*” (DR, 2011b), procurei aplicar as referidas medidas de gestão da dor e do bem-estar da criança/jovem, para diminuir o impacto da dor e/ou desconforto durante a realização da vacinação. Destaca-se ainda o posicionamento adequado como uma estratégia utilizada na redução da ansiedade, dor e desconforto associada a procedimentos dolorosos, como o caso da vacinação (OE, 2013). Deste modo, “A combinação do posicionamento adequado com a presença dos pais ou pessoa significativa e com a utilização de estratégias de distração favorecem a realização do procedimento em condições de segurança e beneficiam a experiência das pessoas envolvidas,

particularmente da criança” (Curado et al., 2016, p. 255). Foram observados alguns posicionamentos durante a vacinação, nomeadamente, o abraço sentado, abraço semideitado e abraço deitado, como descrito na literatura (Curado et al., 2016).

3.3 Serviço de Urgência de Pediatria

Durante o estágio foram realizados turnos em contexto de Triage, Sala de Tratamentos e na Sala de Observação de Pediatria (SOPed), de forma a adquirir conhecimentos acerca da dinâmica e dos cuidados prestados nos vários sectores do SUP.

A ida da criança/jovem ao SUP caracteriza-se por um episódio isolado, que tem como objetivo a procura de assistência médica de uma forma descontinuada e em situação aguda (Fernandez, 1996), que causa uma alteração na rotina de vida da criança/jovem e família e aumenta o seu *stress* e ansiedade (Faquinello, Higanashi & Marcon, 2007; Silva, Collet, Silva & Moura, 2010). Constatei, ao longo do estágio, que a maioria das situações clínicas eram agudas e recentes. No entanto, também pude constatar que algumas das crianças/jovens que recorriam ao SUP sofriam de patologias crónicas de base, recorrendo ao SUP por destabilização do quadro clínico, ou por situações agudas que agravavam o seu estado de saúde. Pude também verificar que noutras situações, o utente pediátrico deslocava-se à urgência, nem sempre com necessidade de cuidados urgentes, mas, algumas vezes, por ser o recurso mais acessível e que dava uma resposta mais imediata à sua necessidade. Aquando da ida ao SUP, a criança/jovem é afastada do seu ambiente familiar e dos seus objetos pessoais e significativos, o que torna o ambiente hospitalar potencialmente stressante, e que pode afetar negativamente o seu estado psicológico e emocional (Carvalho & Begnis, 2006), pelo que é importante que a instituição hospitalar promova espaços adequados às suas necessidades, como foi possível constatar neste SUP.

Quando a criança/jovem recorre ao SUP pode ser sempre acompanhada por um dos pais e/ou representante legal durante 24 horas. Quando fica internada na SOPed, durante o dia podem permanecer ambos os pais a acompanhar, mas durante o período noturno apenas um dos progenitores. Deste modo, a presença dos pais junto da criança/jovem reduz a sua ansiedade e medo, dá conforto e apoio, retira as dúvidas dos pais em relação aos cuidados e esforços realizados (Pruitt, Johnson, Elliott & Polley, 2008; AACCN, 2010; Oman & Duran, 2010; ENA, 2012) e está em consonância com a legislação dos Direitos da Criança (UNICEF, 1989) e com Carta dos Direitos da Criança Internada (IAC, 2008).

O primeiro contacto da criança/jovem e família com o enfermeiro é no gabinete de Triagem, local onde se faz a primeira avaliação da situação da criança/jovem. A triagem é

“(...) o primeiro contato visual que temos com a criança e com os pais, é onde devemos aproveitar para iniciar um contato acolhedor transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que ali são bem-vindos, mostrando máxima disponibilidade. É o primeiro passo para incutir nos pais o sentimento de confiança na equipa multidisciplinar.” (Fernandes, sd, p.1).

É um momento primordial durante o qual o enfermeiro inicia a avaliação da criança/jovem e é estabelecida uma prioridade no atendimento, aplicando o sistema de Triagem Básica (Não Urgente ou Urgente). Este é também o primeiro momento de contato entre o profissional de saúde e a criança/jovem e família, devendo o enfermeiro adotar uma postura de disponibilidade, empatia e estabelecer um ambiente de confiança e cordialidade para que os pais e crianças/jovens possam exteriorizar e verbalizar com mais confiança as suas preocupações, medos e receios. Assim, para além da avaliação da criança, os curtos minutos que deve durar a triagem são também eles minutos de acolhimento que representam o início da relação terapêutica enfermeiro/criança/família, em que o enfermeiro identifica os *stressores* geradores da crise (intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais) causadores de desequilíbrio no sistema cliente, permitindo atribuir uma cor que corresponde ao grau de gravidade (prioridade), e inicia a criação de um ambiente terapêutico e afetuoso, facilitando a comunicação com a criança/jovem e família, permitindo um envolvimento seguro, construtivo e compreensivo (Jansen, Santos & Favero, 2010), tentando diminuir a ansiedade, as dúvidas e os medos que os pais demonstram (Andrade, Carvalho, Fernandes & Casanova, 2008).

Durante o estágio tive oportunidade de observar e participar na triagem, na qual se procurava identificar a causa de ter recorrido ao SUP, colocando-se questões abertas, simples e claras na tentativa de entender toda a situação, contexto e história da criança/jovem, dando oportunidade para que a criança/jovem e o acompanhante pudessem expor as suas ansiedades e queixas. Assim, ao finalizar a triagem e antes de terminar este momento de contacto constatei que era fornecida à família informação referente à prioridade dada à situação de saúde da criança/jovem, sobre o que os pais deveriam fazer em caso de agravamento do seu estado ou como deveriam proceder junto da criança durante o tempo de espera. Deste modo, pretende-se que os pais, de forma autónoma, sejam capazes de vigiar a criança/jovem e reconhecer nela alterações no seu comportamento “normal”, partilhando responsabilidades no cuidado e comprometendo-me a estar disponível e a dar uma resposta rápida em caso de agravamento do seu estado clínico, promovendo o empoderamento e a capacitação parental, como defende De Rouck e Leys (2009) e Pereira, Fernandes, Tavares e Fernandes (2011).

Face à inexperiência neste contexto foi imperativo adquirir previamente um conhecimento teórico e prático mais abrangente, dada a diversidade de situações que recorrem ao serviço. Para tal, a consulta e leitura de diversa bibliografia permitiram adquirir bases teóricas e práticas para prestar cuidados holísticos à criança/jovem e família, e assim desenvolver a Competência Específica de EEESJ: *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1) - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (E1.2)”* (DR, 2011b).

Quando a criança/jovem necessita de ficar sob observação por um período de 24 a 48 horas, esta fica internada na SOPed, e posteriormente tem alta ou é transferida para outro serviço. Esta consiste numa unidade de internamento de curta duração e é o local onde a criança/jovem permanece para estabilização do quadro clínico, ou esclarecimento de diagnóstico, recobro de algumas cirurgias e se necessitam de uma vigilância mais frequente. Quando admitidas é realizado um acolhimento à criança/jovem e pais/família, explicando o funcionamento da mesma, e garantindo e reforçando a importância da presença dos pais, possível durante 24 horas, e da sua colaboração nos cuidados prestados à criança/jovem. Durante este momento foi possível constatar que os pilares centrais da prática de cuidados fundamentam-se na filosofia dos CCF, nomeadamente a transmissão de informação clara e honesta, a demonstração de interesse pelas preocupações da família com a criança/jovem e a ajuda a lidar com sentimentos de culpa e fracasso, tranquilizando os pais e ao mesmo tempo capacitando-os para poderem voltar à sua posição de controlo e de tomada de decisão. O medo, a ansiedade e a frustração são sentimentos frequentemente expressos pelos pais de crianças/jovens internados que podem estar relacionados com o desconhecimento sobre a situação de saúde, dor e procedimentos que possam ser submetidas, falta de informação sobre o tratamento e procedimentos, sobre o ambiente desconhecido e as regras do serviço, ou mesmo, devido a uma equipa pouco acolhedora que dificulte a sua participação ou a colocação de perguntas, como refere Sanders (2014). Foi assim possível constatar que a intervenção do EEESJ tem impacto sobre o modo como a criança/jovem e pais vivenciam este momento de crise. Observei e colaborei no acolhimento e na prestação de cuidados na SOPed, e a filosofia dos CCF é a base do mesmo, uma vez que o enfermeiro procura e preocupa-se com o momento que a criança/jovem e família estão a vivenciar, transmite informações sobre o que é esperado incentiva os pais a participar nos cuidados, levando os pais a sentirem-se parte integrante dos cuidados, tendo assim desenvolvido a Competência

Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3)”* (DR, 2011b).

No mesmo espaço (SOPed) estavam internados bebês, crianças e jovens e, aquando da admissão de um adolescente pude constatar a intervenção e a promoção de um ambiente adequado à sua faixa etária, nomeadamente, através da facilitação da utilização do telemóvel e outros *gadgets* que permitiram que o adolescente tivesse uma menor quebra na rotina e estilo de vida e que não fosse privado do contato com o seu mundo social. Reconhecer estas intervenções permitiu desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) - Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (E3.4)”* (DR, 2011b).

Em situações em que eram RN e lactentes internados em SOPed, houve uma partilha de saberes, uma vez que detinha conhecimentos na área, por ser a área em que presto cuidados, o que é fundamental para o crescimento pessoal e profissional. Permitiu além da partilha de saberes, compreender novas e diferentes abordagens multidisciplinares e deste modo desenvolver a Competência Comum de EE: *“Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1) - Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada (A1.1)”* (DR, 2011a).

Na Sala de Tratamentos e Pequena Cirurgia os procedimentos técnicos foram a prática de cuidados mais observada e praticada. A maioria dos cuidados prestados eram baseados na filosofia dos cuidados não traumáticos que são prestados através de intervenções que eliminam ou minimizam o desconforto da criança/família, tanto físico como psicológico, tendo como principal objetivo não causar dano, que pode ser alcançado, prevenindo ou minimizando a separação da criança e família, promovendo sentimentos de controlo e prevenindo ou minimizando a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Wilson, 2014). A prática de cuidados não traumáticos recruta um conjunto de intervenções primárias, que fortalecem as linhas flexíveis de defesa e que contribuem para o equilíbrio do sistema. A prevenção e o alívio da dor é um pilar fundamental no Cuidar em Enfermagem em Pediatria, contribuindo assim o enfermeiro para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Constatei que utilizavam estratégias não farmacológicas para alívio da dor, tais como a brincadeira terapêutica. No entanto, apesar de saberem os benefícios inerentes ao uso das estratégias de alívio e prevenção da dor durante procedimentos dolorosos, verifiquei que algumas destas estratégias não farmacológicas por vezes não são colocadas em prática,

nomeadamente o uso de Creme de Lidocaína e Prilocaína (EMLA®) para punções venosas, ou o recurso ao colo dos pais. Surgiu-me então a necessidade de compilar todas as estratégias num poster intitulado “Estratégias de Prevenção e Alívio da Dor em Procedimentos Dolorosos” (apêndice VIII), para sistematizar as intervenções adequadas a cada estágio de desenvolvimento, permitindo a minha aprendizagem e sensibilizar a equipa de enfermagem para as diferentes intervenções não farmacológicas de alívio da dor na criança/jovem passíveis de serem implementadas. Procurei, durante os procedimentos dolorosos/invasivos que efetuei concretizar a aplicação destas medidas, nomeadamente através da promoção do controlo físico e ambiental da criança/jovem e através da preparação da criança/jovem e família para os procedimentos invasivos, o incentivo à presença dos pais, a distração, atividade lúdica, manutenção de um ambiente calmo e tranquilo, o relaxamento, as técnicas de autocontrolo (respiração profunda), o brincar, a atribuição de reforços positivos antes, durante e no final dos procedimentos (contratos de comportamento - atribuição de autocolantes), permitindo desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: *“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2)”* (DR, 2011b). Tal como referido em casos de vacinação (estágio de CSP), e de acordo com as recomendações da OE (2013), também no SUP, o posicionamento adequado da criança é uma estratégia utilizada na redução da ansiedade, dor e desconforto associada a procedimentos dolorosos. Assim “A combinação do posicionamento adequado com a presença dos pais ou pessoa significativa e com a utilização de estratégias de distração favorecem a realização do procedimento em condições de segurança e beneficiam a experiência das pessoas envolvidas, particularmente da criança” (Curado et al., 2016, p. 255), pelo que procurei durante alguns procedimentos estimular, entre outros, o colo dos pais (abraço) durante procedimentos dolorosos, tais como a punção venosa ou administração de intramusculares (abraço-deitado).

O estágio no SUP permitiu desenvolver capacidades comunicacionais com a criança/jovem e família num momento de crise em que vivenciam sentimentos de perda, medo e sofrimento, pelo que o enfermeiro deve desenvolver competências de forma a dar uma resposta adequada a todas essas emoções e simultaneamente dar uma resposta possível a si mesmo. Tive oportunidade, junto da criança e jovem, utilizar a comunicação verbal e não-verbal mais adequada a cada idade e estágio de desenvolvimento, com discurso simples e claro, e utilizando o brincar terapêutico como estratégia facilitadora. Tive sempre o cuidado de apresentar-me quando conhecia a família e prestava os cuidados e, juntamente com

enfermeira orientadora, explicar os procedimentos/tratamentos a realizar, a terapêutica a administrar e o seu propósito, de esclarecer dúvidas e encaminhar para outros recursos, no caso de crianças/jovens que aguardavam pela realização de exames. Procurei, junto dos pais, valorizar as suas emoções, dúvidas e preocupações, colaborando na preparação dos pais em todo o processo de hospitalização e confortando-os. Estas intervenções permitiram desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3)”* (DR, 2011b).

Durante o estágio tive a oportunidade de observar e colaborar com a equipa multidisciplinar numa situação de risco de vida de uma criança, vítima de intoxicação medicamentosa. Constatei a importância de reconhecer uma situação de risco de vida e o modo como a equipa multidisciplinar atuou. Foi assim importante também aprofundar conhecimentos sobre avaliação da criança/jovem em situação de urgência e emergência e em situação de instabilidade através de pesquisa bibliográfica, vivência da situação prática e reflexão com o orientador, a que permitiu desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: *“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados (E2.1)”* (DR, 2011b).

A importância conferida pelos profissionais de enfermagem face à formação em serviço e atualização de conhecimentos, criou a oportunidade de desenvolver uma formação sobre o “Posicionamento do Recém-Nascido no Serviço de Urgência de Pediatria” (apêndice IX), que visou sensibilizar a equipa para a importância do posicionamento do RN, partilhar estratégias de atuação e dar a conhecer os princípios e dispositivos, com intuito de incentivar a melhoria da qualidade dos cuidados. Foi ainda elaborado um poster “Posicionamento do Recém-Nascido” (apêndice X), que foi afixado na sala de enfermagem da SOPed e na Sala de Tratamentos, de acordo com a indicação da Chefia. A pedido da Chefia foi elaborada a norma de procedimento “Posicionamento do Recém-Nascido (0-28 dias)” (apêndice XI), de acordo com o esquema das normas da instituição, com o objetivo de uniformizar as intervenções de enfermagem no posicionamento terapêutico do RN (0-28dias) e contribuir para uma maior eficácia na atuação da equipa de enfermagem no mesmo. Estas atividades permitiram desenvolver as Competências Comuns de EE: *“Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1) - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de*

decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade (A1.3)”, “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (B2)” e “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2) - Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade (D2.1)” (DR, 2011a).

Durante este estágio tive ainda a oportunidade de participar no Seminário “Promover a Felicidade: Um Desafio da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria” realizado nos dias 8 e 9 de Novembro de 2017 (programa e comprovativo em anexo I), o que permitiu adquirir conhecimentos sobre a importância das emoções em todos os contextos de contextos e idades da criança e jovem.

3.4 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O estágio neste contexto foi realizado em duas unidades, sendo o segundo contexto o local onde desempenho funções. Constatei no primeiro contexto de estágio que existem características estruturais e de funcionamento que se mostraram impeditivas para a aplicação prática dos pilares dos cuidados pediátricos e promotores do desenvolvimento do RN. A UCIN tem sofrido alterações, na sua estrutura física e organizacional, e a nível de aquisição de recursos materiais inovadores. No entanto, essas alterações não têm acompanhado a evolução das orientações internacionais, pelo que o espaço físico está desatualizado e sobrelotado e a necessitar de reestruturação para melhor responder às necessidades do RN, família e profissionais. Em relação ao ambiente, a UCIN é munida de tecnologia de ponta, a que inevitavelmente se associam, elevados níveis de intensidade luminosa e de ruído. A sobrecarga tecnológica, o *design* arquitectónico (de pequenas dimensões, sem individualidade entre as unidades dos RN), a gravidade de situações clínicas e as particularidades das equipas multidisciplinares que coexistem em simultâneo, originam elevados níveis de *stress* físico, motor e comportamental no RN e família. A presença dos pais e a sua interação com o filho são restritas e envolvem regras, que muitas vezes limitam a interação sócio-afectiva dos bebés com a família. Em situação de emergência, devido às condicionantes do espaço físico, a família é afastada, por vezes por múltiplos períodos e muito prolongados. No entanto, seguindo a equipa de enfermagem, tem-se procurado mudar práticas, com intuito de prestar cuidados individualizados e promotores do desenvolvimento do RN.

Durante o estágio tive a oportunidade de assistir a duas ações de formação, nomeadamente “Avaliação de conhecimentos sobre feridas em Recém-Nascidos” e sobre “Atuação em situação de emergência (incêndios)”. Estas duas formações foram importantes momentos formativos que permitiram desenvolver a Competência Comum de EE: *“Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1) – Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática (B1.2)”* (DR, 2011a). Deste modo, beneficiei do debate e da atualização de conhecimentos, pelo que pude transpor a informação recolhida para o meu contexto da prática. O estágio permitiu partilhar saberes e práticas relativamente aos cuidados prestados nas duas unidades.

No segundo contexto de estágio, local onde desempenho funções, o espaço do serviço é promotor da segurança, conforto e afetuoso, nomeadamente através da arquitetura, no qual existem janelas para o exterior e que permitem controlar a luminosidade, espaços amplos entre as unidades das crianças, sala de descanso para os pais, decoração do ambiente (cores claras, desenhos nas paredes e frases de músicas infantis), projeto paisagístico (janelas viradas para o rio) e escolha criteriosa dos materiais lúdicos (como os polvos) e de trabalho (material de posicionamento, incubadoras, berços, cadeirões para cada família...), e que foram concebidos com intuito de prestar cuidados de qualidade, individualizados e não traumáticos, num ambiente acolhedor. Este ambiente afetuoso e acolhedor permite reduzir o medo e angústia, diminuir o impacto tecnológico e ser promotor do desenvolvimento infantil e facilitador da comunicação entre pais e profissionais, e está em consonância com o preconizado nos modelos de cuidados promotores do desenvolvimento referido no enquadramento conceptual. Na UCIN incentiva-se os pais a trazerem objetos pessoais como chuchas, roupas, fraldas ou algum símbolo familiar e, para humanizar o espaço, podem colocar-se fotografias ou desenhos feitos pelos irmãos. Reconhecer este ambiente terapêutico e seguro e promover a humanização do espaço permitiu desenvolver e aprimorar a Competência Comum do EE: *“Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (B3) - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo (B3.1)”* (DR, 2011a).

Transversal a ambos os locais, é de salientar que o nascimento de um filho é considerado um momento de transição no ciclo de vida individual e familiar, destacando-se pela característica única da irreversibilidade (Cruz, 2013). Com o nascimento de um filho a identidade do casal desenvolve-se assumindo assim uma nova dimensão – a de pais (Pereira,

2009). No caso da Neonatologia, este momento de vinculação e transição é dificultado pelo nascimento prematuro ou pela necessidade de internamento do RN por motivos de doença. O RN ao nascer, se fisiologicamente instável ou imaturo é imediatamente separado da mãe e rodeado por equipamentos altamente especializados, que se tornam numa barreira física, psicológica e emocional à vinculação. Esta separação aliada à imaturidade e, por vezes, risco de sobrevivência, pode afetar ainda mais o processo de vinculação e é um momento de grande crise para os pais, podendo afetar os comportamentos, relações e funções dos elementos da família (Jorge, 2004; Cruz, 2013; Meleis, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014; Gibbs, 2015), na medida em que podem sentir-se inseguros, tristes, receosos e culpabilizados pelo nascimento prematuro e pela dificuldade em prestar cuidados ao RN (Tavares, Mota & Magro, 2006; Mercer, 2004; Sousa, Araújo, Costa, Carvalho & Silva, 2009). A descoberta da parentalidade, tendo em conta o seu filho, acaba por não se concretizar devido à separação física, psicológica e emocional, acrescida por receios e preocupações pela situação clínica do RN. Na minha perspetiva, no início, os pais revelam receio em tocar nos seus filhos, possivelmente por se sentirem impotentes perante a sua fragilidade e situação de saúde, sendo importante desmistificar o ambiente que rodeia o RN para que os pais consigam ver e tocar no seu filho. É fulcral, proporcionar aos pais a possibilidade de estarem com o seu filho, ajudá-los a compreender os seus comportamentos e evidenciando as suas capacidades e conquistas, promovendo o contacto físico entre ambos e evitando que sintam que têm um papel secundário nos cuidados, devendo os enfermeiros, facilitar este processo envolvendo-os nos cuidados e na tomada de decisão (Roteta & Torre, 2013).

Devido às dificuldades que possam surgir na transição para a parentalidade e pelo contexto da UCIN, tais como o afastamento dos pais, ambiente altamente tecnológico, incerteza sobre a situação clínica, perda e luto do bebé imaginário, sentimentos de culpa, torna-se fundamental a transmissão aos pais de informação adequada sobre a situação do RN (De Rouck & Leys, 2009), coerente e compreensiva para promover o alívio do medo e da ansiedade. Diversos autores descrevem os sentimentos vivenciados pelos pais de RN internados na UCIN. Obeidat, Bond e Callister (2009) referem que os pais vivenciam sentimentos de ansiedade, depressão, *stress* e perda do controlo, e que estes podem ser minimizados através do suporte emocional, da informação e envolvimento dos pais nos cuidados. Wang, He e Fei (2016) referem que os sentimentos predominantes nas mães de RN internados na UCIN foram o medo, a culpa, insegurança, a tristeza e a dor. Salientam que a ausência de informações pode desencadear sofrimento intenso nos pais, pelo que estes

procuram informar-se e adquirir conhecimento sobre a UCIN, a equipa de saúde e o estado de saúde do filho, numa tentativa de encontrarem dados positivos que sustentem a sua esperança na sobrevivência ou melhoria do estado de saúde. Assim durante o estágio providenciei informação precisa sobre os cuidados e procedimentos, respondi com honestidade e escutei os pais sobre as suas expectativas, medos e preocupações, ajudando-os a compreender as respostas do filho, providenciei suporte emocional aos pais, informação e identifiquei as necessidades fundamentais dos pais e crianças, para o processo de tomada de decisão, permitindo deste modo desenvolver e aprofundar a Competência Específica do EEESCJ: *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1) — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1)”* (DR, 2011b) e *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3.)”* (DR, 2011b).

As dificuldades inerentes às características da prematuridade, situação de doença e separação física decorrente do internamento, são passíveis de serem trabalhadas pela informação e preparação dada pelos enfermeiros aos pais, ajudando a promover a vinculação e potenciando os progressos da relação pais-bebé. A parceria de cuidados é fulcral para o estabelecimento e/ou manutenção da vinculação, permitindo o desenvolvimento de papéis e laços familiares, possibilitando o crescimento físico, emocional e social da família, uma vez que os pais são parceiros no cuidar. O enfermeiro tem um papel fulcral na promoção do contato precoce do RN com os pais para o estabelecimento de uma ligação afetiva forte, procurando apoiar a construção do vínculo afetivo entre pais e RN. Os pais são preparados e informados, logo desde a admissão na UCIN, sobre a aparência do RN, equipamentos e dispositivos médicos no sentido de minimizar o impacto do ambiente ameaçador. Esta informação recebida pelos pais, apesar de não ser imediatamente descodificada na íntegra, é fundamental para otimizar a sua capacitação e integração nos cuidados e deve ser preocupação do enfermeiro desde a admissão. É fulcral incentivar a dar nome à criança, para personalizar e incrementar sentimentos de pertença, bem como encorajar os pais a visitar e acompanhar o RN, uma vez que não são considerados visitas. As crianças têm o direito a ter os pais junto delas, podendo permanecer sem restrição de horário na UCIN (IAC, 1998, 2009; DR, 2009), promovendo momentos de interação, incentivando o toque, colo e Método Canguru, dar nome à criança, incentivar o aleitamento materno, e gradualmente, englobar os

pais nos cuidados, desmistificando-os e encorajando a sua colaboração, permitindo deste modo aprofundar a Competência Específica do EEESJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais (E3.2)”* (DR, 2011b).

Constatei que os cuidados são prestados de acordo com a filosofia dos CCF. Estes requerem a formação e fortalecimento de relações terapêuticas cuidadosas e sensíveis às transições, e que essas relações se baseiam na confiança mútua, compreensão e partilha do conhecimento. A interação diária com estes pais e a consolidação de uma relação empática e de confiança remete-nos para a importância da autenticidade e verdade com que deve ser pautada a relação (McCormack & McCance, 2006; Harrison, 2010). O cuidar do RN e sua família constitui uma experiência emocional intensa que acarreta o envolvimento de todos os intervenientes. Os cuidados tornam-se um processo relacional, um meio de comunicação e de expressão de sentimentos, importante na satisfação do cliente e do profissional (Diogo & Rodrigues, 2012; Vilelas, 2013). Os cuidados prestados de forma individualizada e holística à criança e família são dotados da componente emocional, na medida em que se adota uma identidade de trabalho que permita a expressão de emoções no estabelecimento de uma relação terapêutica (Vilelas, 2013), promovendo a confiança e a aceitação da expressão de sentimentos, tanto pelo enfermeiro como pela família. Na UCIN, algumas famílias vivenciam os primeiros meses de parentalidade com a equipa multidisciplinar que são para eles o principal apoio. Constrói-se com os pais uma relação de empatia, mas também, por vezes, de amizade. Considero que apesar de não me conseguir colocar totalmente na situação específica que estão a experienciar, consigo compreender o que estão a vivenciar. Mesmo após sair do serviço, algumas das suas angústias acompanham-me e os progressos e conquistas fazem-me feliz. Compreender estes sentimentos e o modo de geri-los permitiu desenvolver a Competência Comum de EE: *“Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade (D1) - Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro (D1.1)”* e *“Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional (D1.2)”* (DR, 2011a).

Aquando da admissão na UCIN oferece-se um diário a cada RN/família e procura-se que os pais expressem as suas emoções, construam memórias e que este seja promotor da vinculação, da comunicação e da gestão da esperança. Estes adquirem uma extrema importância permitindo que os pais lidem com o internamento do seu filho na UCIN, facilitando o seu processo de adaptação e aceitação da condição de saúde. A escrita capacita

os pais a trabalhar e analisar as situações, promovendo a identificação dos seus sentimentos e emoções, dificuldades, conhecimentos, recursos internos e externos e recaídas, e contendo os desejos e manifestando liberdade, aproximação e aceitação (Freed, McLaughlin, SmithBattle, Leanders & Westhus, 2010; Prasko, Diveky, Mozny & Sigmundova, 2009; Shapiro, 2012), permitindo reconhecer o impacto negativo da situação (Tuyn, 2003; Fonseca, 2015). Durante o estágio assisti a uma sessão de formação acerca deste tema nomeadamente a sessão de formação “Diário do Recém-Nascido” (comprovativo de presença em anexo II).

Numa criança, com doença em fase terminal ou incurável, os últimos momentos de vida são extremamente importantes tanto para esta como para a sua família, surgindo problemas e desafios diversos e de extrema complexidade para gerir. Os cuidados prestados devem fornecer uma resposta diferenciada, integrada, permanente e holística adequada às preferências, necessidades, expectativas e desejos, da criança/jovem e família (Mendes, Justo da Silva & Santos, 2012; Heleno, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; WHO, 2014). A morte de um RN significa perder uma relação potencial cheia de esperança e expectativas (Rosenbaum, Smith & Zollfrank, 2011). Em situações de fim de vida, é fundamental o envolvimento da família nos cuidados e a presença desta junto do filho (Pacheco, 2004). Assim, é importante manter a relação de ajuda e suporte à família no momento da morte e após a morte da criança, prestando todo o apoio aos pais no sentido de aliviar o sofrimento e permitir uma envolvimento dinâmica no processo de vivência da doença ou da morte do RN, fomentando a criação de memórias (através da fotografia ou impressão plantar) e atribuição de significados, devendo-se oferecer apoio espiritual, psicológico e acompanhamento de outros familiares, incentivando a presença dos pais no momento da morte e dar colo, uma vez que dignifica a vivência da doença e da morte e facilita posteriormente o processo de luto (Soares, Rodrigues, Rocha, Martins & Guimarães, 2013). Tive a oportunidade de estar presente em situações de reanimação neonatal e nesta situação destaco o longo caminho de reflexão ética sobre as práticas instituídas e sobre a presença ou não dos pais durante a reanimação do seu filho. Apesar das atuais orientações incentivarem a presença dos pais em situação de reanimação, continua a existir alguma resistência por parte dos profissionais em aceitar estas recomendações pelo que é fundamental desenvolverem-se estratégias para efetivar esta mudança. A presença dos pais em situação de reanimação ajuda-os a compreender a severidade da situação e a valorizar os cuidados prestados, podendo aquietar o sentimento de culpa, facilitar o processo de luto e assegurar aos familiares que não se poderia ter feito mais pela vida da criança (Ferreira, 2011). Por outro lado, os profissionais de saúde

preocupam-se com o facto da presença da família em contexto de reanimação poder afetar o desempenho da equipa de reanimação e poder provocar danos psicológicos nos familiares. Na UCIN pude presenciar que foi sempre pedido imediatamente aos pais que saíssem quando se verificava estar perante uma situação de reanimação. Após cessação das manobras avançadas de reanimação, ou por estabilização do RN ou pelo seu insucesso, conseguimos ir ter com a família e informá-la do que se passou e chamá-la a entrar. E isto não é o ideal nem o preconizado numa filosofia de CCF. Dever-se-ia permitir, desde que os pais quisessem, a presença destes em todas as situações de cuidados ao seu filho. Estas intervenções em situações de instabilidade e morte permitem aprofundar a Competência Específica do EEESCJ: “*Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados (E2.1)*” (DR, 2011b). A filosofia dos CCF é também uma das medidas nucleares neuroprotetoras do Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal (Altimier & Phillips, 2013).

No Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal outra das 7 medidas nucleares neuroprotetoras é a minimização do *stress* e da dor e está em concordância com a filosofia dos cuidados não traumáticos (Hockenberry & Wilson, 2014). A dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica (OE, 2008). As crianças podem apresentar diferentes respostas perante os estímulos dolorosos pelo que a avaliação da dor deve ser sempre multifacetada (DGS, 2010, 2012). Diariamente, na UCIN, os RN são sujeitos a manipulações stressantes (luz e ruído) (Hunt, 2011) e a procedimentos, tão mais frequentes quanto mais instável for a sua condição, muitas vezes dolorosos ou potencialmente dolorosos, imprescindíveis ao seu diagnóstico, estabilização e tratamento. No entanto, a dor associada aos procedimentos pode ser diminuída e/ou eliminada através de intervenções adequadas tais como estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor (Batalha, Santos & Guimarães, 2007; Hall 2012; DGS, 2012; Moreno, 2012). São diversos atos que na prática procuro implementar e que podem minimizar a dor tais como ponderar o momento da sua realização, executar a técnica com perícia e delicadeza, escolher criteriosamente o material mais adequado, usar medidas não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor. As medidas não farmacológicas são seguras, não invasivas, pouco dispendiosas e constituem intervenções de enfermagem autónomas. Estas incluem a redução da incidência da luz, do ruído, promoção de períodos mais prolongados de sono e repouso, posicionamento e contenção, concentração de manipulações, sucção não nutritiva, contacto físico com os pais,

utilização de leite materno (AM ou oferecido por sonda) ou de sacarose. É fulcral envolver os pais nos cuidados, pois conhecem melhor a criança e as estratégias mais adequadas para lidar com ela (Batalha et al., 2007; Batalha, 2010; Franck et al., 2011; OE, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; Maria, Cavaco & Marçal, 2014). Os pais têm o direito a estarem sempre presentes em todos os procedimentos podendo fazer contenção, canguru, pegar ao colo e oferecer a sucção não-nutritiva ou nutritiva (AM). Estas intervenções permitiram aprofundar a Competência Específica do EEESCJ: *“Cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2)”* (DR, 2011b).

Como já referido no referencial teórico, os cuidados na UCIN, baseiam-se atualmente num modelo de Cuidados para o Desenvolvimento. Os cuidados são prestados na sua globalidade por um enfermeiro responsável por aquele RN e família de modo individual e de acordo com as características individuais de cada RN. Os pais são englobados nos cuidados de acordo com a sua preferência e vontade, e a sua opinião sobre o estado e evolução do RN é tida em consideração, assim como o planeamento dos cuidados. A organização dos cuidados faz-se, sempre que a situação clínica do RN o permite, respeitando os períodos de sono/atividade do RN (Peirano & Algarín, 2007), o seu posicionamento, a alimentação, a promoção da participação dos pais nos cuidados e a minimização dos estímulos ambientais dolorosos. A promoção do Método Canguru é prática frequente com resultados favoráveis ao desenvolvimento e promotores da vinculação. Os modelos de cuidados para o desenvolvimento em prática, defendem que a prevenção primária, enquanto intervenção, deve ser base da prática de cuidados de enfermagem, o que está em consonância com a perspetiva de Neuman (Neuman & Fawcett, 2010), onde a prevenção primária engloba intervenções que visam evitar o encontro da criança com o *stressor* e o fortalecimento das linhas de defesa.

Outro dos focos dos cuidados promotores do desenvolvimento é o posicionamento terapêutico e a manipulação do RN. Como referido no enquadramento conceptual este tem como objetivo apoiar a postura e o movimento; otimizar o desenvolvimento músculo-esquelético e o alinhamento biomecânico; proporcionar exposição controlada a estímulos propriocetivos, tácteis e visuais; promover a organização comportamental; promover a flexão e orientação à linha média, com intuito de prevenir posturas e movimentos assimétricos; prevenir o achatamento da cabeça e rotação externa das ancas (Aucott et al., 2002; Sweeney & Gutierrez, 2002; Fonseca & Barros, 2016). Durante o estágio constatei e validei que os princípios do posicionamento na sua maioria eram postos em prática, salientado o fornecer

suporte durante o posicionamento, promover contacto das mãos com a boca, promover o alinhamento à linha média em flexão, em contenção, através da utilização de equipamentos de apoio adequado, respeitando o sono e realização de ensinamentos aos pais sobre os princípios e técnicas de posicionamento. Em RN clinicamente estáveis a posição recomendada, e incentivada na UCIN é o contato pele-a-pele/ Método Canguru. O posicionamento terapêutico, contenção e toque tem por objetivo intervir no controlo de sintomas como forma de restabelecer o sistema (Neuman & Fawcett, 2010). Neste âmbito, o posicionamento terapêutico constitui uma intervenção, que se enquadra nos Cuidados Não Traumáticos, na medida em que promove o conforto, alivia a dor e previne o aparecimento de sequelas resultantes de posicionamentos incorretos. Esta temática, base do projeto, permitiu aprofundar conhecimentos e partilhar com a equipa multidisciplinar, nomeadamente através da Sessão de Formação em Serviço “Posicionamento do Recém-Nascido” (apêndice XII) e da elaboração da Norma de Procedimento “Posicionar a Criança prematura e/ou gravemente doente” (apêndice XIII) juntamente com os outros elementos do Grupo do Sono e Posicionamentos, tornando-se fulcral para a melhoria dos cuidados. Deste modo foi possível desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1)”* (DR, 2011b) e as Competências Comuns de EE: *“Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1) - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade (A1.3)”*, *“Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (B2)”* e *“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2) - Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade (D2.1)”* (DR, 2011a).

No decorrer desta experiência de aprendizagem participei em congressos, nomeadamente no III Encontro de Neonatologia do CMIN - Cuidar em Neonatologia: realidades e perspectivas (programa e comprovativo em anexo III), no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa: Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade (programa e comprovativo em anexo IV) e no 1st Annual Conference for Trauma-informed, Neuroprotective Care of the Hospitalized Newborn and Infant (programa e comprovativo em anexo V).

4. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO POSICIONAMENTO DO RECÉM-NASCIDO

Neste capítulo apresentamos o projeto de investigação em desenvolvimento (a curto e médio prazo) com o objetivo de enfatizar a importância da avaliação do posicionamento do RN na UCIN através de um instrumento pertinente, válido e fiável. O método científico caracteriza-se por um conjunto de procedimentos, passos e regras operacionais que baseiam a investigação. A investigação em enfermagem e a utilização do conhecimento são fundamentais para a melhoria constante (Polit, 2004). Assim este projeto pretende contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, melhoria dos registos, promover a mudança e inovação nas práticas, a formação contínua e o desenvolvimento pessoal e profissional.

A problemática que sustenta este projeto relaciona-se com a inconsistência das práticas de enfermagem relacionadas com o posicionamento do RN, o que aliado à descrita e justificada importância deste cuidado para o desenvolvimento e crescimento harmonioso do mesmo, fez emergir a necessidade de identificar e seleccionar um instrumento que permita uniformizar e padronizar o posicionamento, passível de ser aplicado à população portuguesa.

O projeto iniciou-se com a elaboração de uma revisão *scoping*, com o objetivo de identificar e mapear os instrumentos de avaliação do posicionamento do RN na UCIN existentes na evidência científica, com intuito de preparar para um estudo primário de investigação (Arksey & O'Malley, 2005; The Joanna Briggs Institute (JBI), 2015). A pesquisa da evidência científica, através de uma revisão *scoping* (escrita do artigo científico em curso), permitiu até à data identificar os instrumentos que permitem mensurar a qualidade do posicionamento. Após a análise dos instrumentos disponíveis na evidência científica foi seleccionada a *Infant Position Assessment Tool* (IPAT) para este projeto, uma vez que a validade de conteúdo e a fiabilidade do instrumento foram atingidas, e foram encontrados na evidência científica estudos acerca da mesma, o que está em consonância com os níveis de evidência da JBI e com os graus de recomendação e níveis de evidência definidos pela DGS (sd).

A IPAT foi desenvolvida entre 2007 e 2010 pelos investigadores Coughlin, Lohman e Gibbins (2010), em colaboração com a *Children's Medical Ventures* (parte da *Philips Corporation*, que detém os direitos de autor da escala e responsável pela produção e

comercialização de equipamentos de posicionamento patenteados). Foi concebida tendo por base objetivos educacionais, de avaliação e de uniformização de procedimentos. Através da interpretação de imagens permite avaliar o posicionamento do RN em seis áreas corporais: 1) cabeça, 2) pescoço, 3) ombros, 4) mãos, 5) ancas e 6) joelhos /tornozelos /pés. Cada uma é pontuada com uma escala ordinal com três pontos (pontuação 0 – posicionamento inaceitável/inadequado, pontuação 1 – alternativas aceitáveis ao posicionamento e pontuação 2 – posicionamento apropriado), num total cumulativo, considerado ideal entre dez e doze pontos (posicionamento aceitável na medida em que a assimetria do posicionamento pode ocorrer pela presença de dispositivos/tecnologia (anexo VI – versão original). A validade de conteúdo e a fiabilidade do instrumento foram atingidas, mas carece de mais investigação para maior sustentabilidade científica.

A tradução e validação da escala para a população neonatal portuguesa foi autorizada pela *Children's Medical Ventures* (parte da *Philips Corporation*, que detém os direitos de autor da escala) (anexo VII). A tradução da versão original inglesa para português foi feita por dois tradutores (portugueses, bilingues, com conhecimentos na área da neonatologia e do estudo), originando duas versões da escala, as quais foram sujeitas a retroversão por dois tradutores (bilingues). Após análise das duas versões fez-se o ajuste do instrumento e a equivalência semântica dos itens, surgindo a versão portuguesa da IPAT (apêndice XIV).

A presente investigação respeitou também os princípios éticos submetendo o pedido de submissão de estudo de investigação à comissão de ética para a saúde (apêndice XV), cujo parecer foi favorável (Anexo VIII). A participação no estudo foi anuída pelos pais do RN, através do seu consentimento informado, livre e esclarecido (apêndice XVI). Os critérios de inclusão foram todos os RN até aos 28 dias (após atingirem as 40 semanas de idade corrigida). Excluíram-se os RN que apresentaram alterações do sistema músculo-esquelético. Os participantes no estudo foram selecionados aleatoriamente, em consonância com Marôco (2011) que refere que “(..) as amostras são obtidas de forma aleatória (*i.e.*, a probabilidade de cada elemento da população fazer parte da amostra é igual para todos os elementos, e todas as amostras selecionadas são igualmente prováveis)” (Marôco, 2011, p. 10). A aplicação do instrumento em campo foi realizada por 3 enfermeiros (2 em simultâneo), a quem foi realizada uma formação prévia (apêndice XVII). Antes do início da colheita de dados fez-se uma Sessão de Formação em Serviço, já referida anteriormente, e intitulada “Posicionamento do Recém-Nascido” (em apêndice XII).

No III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa: Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade, que decorreu nos dias 10 e 11 de Novembro de 2017, foi apresentado um poster referente ao protocolo de uma revisão *scoping* intitulado “Escalas de Avaliação do Posicionamento do Recém-Nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: protocolo para uma revisão *scoping*” (apêndice XVIII) que reflete o processo de pesquisa na evidência científica sobre os instrumentos de avaliação do posicionamento do RN. Neste mesmo evento participei como convidada na mesa redonda: A Vulnerabilidade na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – Que respostas!, com a apresentação da comunicação oral “O Posicionamento e o Neurodesenvolvimento” (apêndice XIX), no qual abordou-se a fundamentação científica e princípios do posicionamento e manipulação do RN na UCIN e foi apresentado o projeto de investigação.

No 1st Annual Conference for Trauma-informed, Neuroprotective Care of the Hospitalized Newborn and Infant, que decorreu nos dias 9 e 10 de Fevereiro de 2018 em Brugges, foi exposto e apresentado um poster acerca do projeto de investigação em desenvolvimento intitulado “Research project: Infant Position Assessment Tool. Cultural Adaptation and Statistical Validation for Portuguese newborns” (apêndice XX).

Foi efetuada a inscrição na Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem, na área de Investigação Cuidados Centrados no Desenvolvimento: Posicionamento, do projeto de investigação: O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia: Posicionar para Melhor Cuidar (apêndice XXI).

A colheita de dados prevista a uma amostra preferencial de 100 RN, sendo a amostra mínima de 60 RN, tendo por base o princípio da garantia da variabilidade para estimar os parâmetros (Curado, Teles & Marôco, 2014) em que o número de observações por indicador deve ser entre 10 e 20. Foram colhidas cerca de 70 observações da versão portuguesa da IPAT, estando neste momento em fase de análise dos dados. A análise de dados e a validade fatorial da IPAT será realizada com recurso ao *Software SPSS*. Posteriormente os resultados serão apresentados num artigo científico. A divulgação da produção científica é fundamental para o desenvolvimento das práticas profissionais e para a consolidação da própria ciência.

Deste modo foi possível desenvolver as Competências Comuns de EE: “*Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (B2)*” e “*Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2) - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade (D2.1)*” (DR, 2011a).

5. CONCLUSÃO

O desenvolvimento técnico e científico verificado nos últimos anos nas áreas da saúde e a emergente produção sistemática de novas evidências fez emergir um amplo conhecimento, em permanente transformação, o que torna imprescindível a todos os enfermeiros uma atualização constante de conhecimentos e que se mantenham ativos no desenvolvimento da sua formação. Atendendo aos padrões de qualidade descritos pela OE (2001), a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da melhoria da qualidade dos cuidados que estes prestam, contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. Deste modo, a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros implica uma atualização dos seus conhecimentos, baseada não apenas na teoria, mas aliada à prática e à reflexão crítica.

Este percurso de aprendizagem, integrado na Unidade Curricular Estágio com Relatório, teve início na conceção do projeto de estágio e constituiu a oportunidade prática de desenvolver a identidade como EEESCJ, em diferentes contextos da prática, onde se conjugaram os novos conhecimentos adquiridos com toda a experiência profissional e a formação de base adquirida, mobilizando a teoria e prática de forma sistemática, na abordagem à criança/jovem e família. A realização dos estágios serviu igualmente como alicerce para o desenvolvimento e consolidação das minhas competências enquanto futura EEESCJ, surgindo a partir da implementação de intervenções baseadas em pesquisas bibliográficas e na análise reflexiva das mesmas. Considero deste modo, que a minha prática foi orientada pela evidência mais atual, compreendendo a dimensão do exercício profissional do EEESCJ nas suas diferentes vertentes. Destaco a aquisição das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados, com foco na liderança e gestão de recursos, particularmente a comunicação verbal e não-verbal efetiva e clara, e a motivação de grupos em prol de um objetivo comum. Saliento ainda o desenvolvimento das competências do domínio da assistência à criança/jovem e família na maximização da sua saúde, adequando os cuidados prestados às necessidades identificadas, assim como ao estadio de desenvolvimento e contexto de cuidados em que se encontram.

A revisão bibliográfica aprofundada permitiu aprofundar conhecimentos sobre a temática central – Posicionamento Terapêutico, assim como adquirir outros conhecimentos pertinentes de acordo com o contexto da prática.

A importância dada à promoção do posicionamento terapêutico do RN é uma temática de enorme interesse pessoal, e que, no âmbito desta formação académica, culminou com a realização do desejo de intervir para a melhoria da qualidade dos cuidados das crianças, nomeadamente do RN, através do desenvolvimento do projeto de adaptação e validação do instrumento de avaliação do posicionamento do RN. Pretendo finalizar o projeto de investigação e divulgar os resultados obtidos através de um artigo científico. Espero que na fase conclusiva do projeto se possam observar os contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao RN/família e melhoria dos registos, assim como valorizar a intervenção da enfermagem, promover a mudança e inovação das práticas. Após o processo de validação e difusão da sua utilização nas UCIN, dados os benefícios da aplicação da escala, pretendemos sugerir à tutela e aos órgãos reguladores da profissão, que possa haver integração da mesma no padrão de documentação dos registos centralizados de enfermagem, ao nível das plataformas de informação dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Desta forma, a IPAT pode concorrer para apoiar uma prática de enfermagem baseada na evidência, com repercussões para a definição de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e indicadores de boas práticas.

Neste sentido, não é um projeto terminado, mas sim iniciado, no qual encontrei um caminho que me entusiasmou e certamente mantenho o desejo de continuar a aprender e a poder *dar a aprender* o meu melhor na experiência de cuidar, enquadrando de forma ativa a formação e o crescimento pessoal e profissional que foi possível desenvolver nesta experiência académica.

Projetamos terminar o protocolo de revisão *scoping* intitulado Escalas de Avaliação do Posicionamento do Recém-Nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: uma revisão *scoping* e divulgar os resultados através de um artigo científico.

Concluindo a concretização deste projeto foi movida pelo desejo e expectativa de produzir mudança na prática de cuidados, e posso afirmar que o trabalho desenvolvido reflete um intenso esforço no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdeyazdan, Z., Nematollahi, M., Ghazavi, Z., & Mohhamadzadeh, M. (2010). The effects of supine and prone positions on oxygenation in premature infants undergoing mechanical ventilation. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 15(4), 229-233.
- Abela, A. (2007). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach* (Vol. 2). Council of Europe.
- Alligood, M.R.(2014). *Nursing Theorists and their work*. (8ªed.) Missouri: Elsevier Mosby.
- Als, H. & Gilkerson, L. (1997). Apoio na Área do Desenvolvimento em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 28(2), 165-172.
- Als, H., Gilkerson, L., Duffy F. H., McAnulty, G.B., Buehler, D.M., Vandenberg, K., Sweer, N., Sell, E., Parad, R.B., Ringer, S.A., Butler, S.C., Blickman, J.G., & Jones, K.J. (2004). A three-center, randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants:medical, neurodevelopmental, parenting, and caregiving effects. *J Dev Behav Pediatr*. 24(6), 399-408.
- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 13(1), 9-22. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>.
- American Academy of Pediatrics (2012). Patient-and-Family-Centered Care and the Pediatrician's Role - Committee on Hospital Care and Institute for Patient and Family Centered Care. *Pediatrics*. 129(2), 394-404.
- American Association of Critical Care Nurses (2010). *Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures. Practice Alert*. American Association of Critical Care Nurses.
- Andrade, T., Carvalho, F., Fernandes, A., & Casanova, C. (2008). Triagem de Manchester na idade pediátrica – Estudo Inter-hospitalar. *Nascer e Crescer*. 17(1), 16-20.
- Andreani, G., Custódio, Z. A., & Crepaldi, M. A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*. 24, 115-126. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n24/n24a11.pdf>.
- Araújo, A. (2010). *Desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em Unidade de Neonatologia*. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP.

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 8(1), 19-32.
- Assembleia Geral das Nações Unidas (1959). *Declaração Direitos da Criança*. Assembleia Geral das Nações Unidas
- Aucott, S., Donohue, P. K., Atkins, E., & Allen, M.C. (2002). Neurodevelopmental care in the NICU. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 8(4), 298–308.
- Barros, L. (1999). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Batalha, L., Santos, L.A., & Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 38(4), 144-151.
- Batalha, L.M.C. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*. (2), 73-80.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Brazelton, T. (2004). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (7ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Canadian Nurses Association (2008). *Advanced Nursing Practice – A National Framework*. Canada: Canadian Nurses Association.
- Carvalho, A.M. & Begnis, J.G. (2006) – Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. *Psicologia em Estudo*. 11(1), 109-117.
- Casey, A. (1993). *Development and use of the partnership model of nursing care*. London: Scutari.
- Chen, S., Tzeng, Y.L., Gau, B.S., Kuo, P.C., & Chen, J.Y. (2013). Effects of prone and supine positioning on gastric residuals in preterm infants: A time series with cross-over study. *International Journal of Nursing Studies*. 50, 1459–1467. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.02.009>.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. (2ª Ed). Loures: Lusociência.
- Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schlucter, J., Ford, D., Sodomka, P., & Simmons, L. (2006). *Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: a roadmap for the future: a work in progress*. Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care.
- Coughlin, M. (2014). *Transformative nursing in the NICU: trauma-informed age-appropriate care*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

- Coughlin, M. (2017). *Trauma-Informed Care in the NICU: Evidence-Based Practice Guidelines for Neonatal Clinicians*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Coughlin, M., Gibbins, S., & Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*. 65(10), 2239-2248.
- Coughlin, M., Lohman, M., & Gibbins, S. (2010). Reliability and Effectiveness of an Infant Positioning Assessment Tool to Standardize Developmentally Supportive Positioning Practices in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 10(2), 104-106. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2010.03.003>.
- Coyne, I. & Cowley, S. (2007). Challenging the philosophy of partnership with parents: A grounded theory study. *Int J Nurs Stud*. 44, 893 – 904.
- Coyne, I.; O'Neill, C.; Murphy, M.; Costello, T., & O'Shea, R. (2011). What does family centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. *J Adv Nurs*. 67(12), 2561 – 2573.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- Curado, M.A., Teles, J., & Maroco, J. (2014). Analysis of variables that are not directly observable: Influence on decision-making during the research process. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 48(1), 146-152.
- Curado, M.A.S., Malheiro, M.I.D.C., Paixão, M.J.G., Vasconcellos, M.T., Gonçalves, D.C., Carreira, F.G., & Candeias, S.M. (2016). Posicionamentos associados a procedimentos em pediatria. In Lourenço, M.J., Ferreira, O. & Baixinho, C.L. (Coords). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp.255-277). Loures: Lusodidacta.
- De Rouck, S. & Leys, M. (2009). Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit: A review of the literature (1990–2008). *Patient education and counselling*. 76(2), 159-173.
- Dingeman, R.; Mitchell, E.; Meyer, E., & Curley, M. (2007). Parent Presence During Complex Invasive Procedures and Cardiopulmonary Resuscitation: A systematic Review of the Literature. *Pediatrics*. 120, 842-854.
- Diogo, P. & Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 16(1), 62-71.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.

- Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. 4, 2-9.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. (2ª Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde (2010). Circular Normativa N.º014/2010. *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Circular Normativa N.º022/2012. *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (sd). *Normas Clínicas Graus de Recomendação e Níveis de Evidência*. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/normas-clinicas-graus-de-recomendacao-e-niveis-de-evidencia.aspx>.
- Dunn, M.; Reilley, M.; Johnston, A.; Hoopes, R., & Abraham, M. (2006). Development and Dissemination of Potentially Better Practices for the Provision of Family-Centered Care in Neonatology: The Family-Centered Care Map. *Pediatrics*. 118, 95-107.
- Dusing, S., Mercer, V., Yu, B., Reilly, M., & Thorpe, D. (2005). Trunk position in supine of infants born preterm and at term: an assessment using a computerized pressure mat. *Pediatric Physical Therapy*. 17(1), 2-10.
- Emergency Nurses Association (2012). Clinical Practice Guideline: Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation. *Emergency Nursing Resources Development Committee*.
- Ewer, A.K., James, M.E., & Tobin, J.M. (1999). Prone and left lateral positioning reduce gastro-oesophageal reflux in preterm infants. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 81(3), F201-F205.
- Faquinello, P.; Higanashi, I.H., & Marcon, S.S. (2007). O atendimento humanizado em Unidade Pediátrica: Percepção do Acompanhante da Criança Hospitalizada. *Texto & Contexto Enfermagem*. 16(4).
- Fernandes, D. (sd). O atendimento à criança na Urgência Pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeir

[os/O%20atendimento%20C3%A0%20crian%20C3%A7a%20na%20Urg%20C3%A0%20Pedi%20C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf](https://www.repositorio.ufpa.br/bitstream/handle/riufpa/10000/1/Artigo%20atendimento%20C3%A0%20crian%20C3%A7a%20na%20Urg%20C3%A0%20Pedi%20C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf).

- Fernandez, J.B. (1996). Urgencias de Pediatria: buscando una atención más especializada. *An Esp Pediatr.* 44, 312-316.
- Ferrari, F., Bertoncelli, N., Gallo, C., Roversi, M.F., Guerra, M.P., Ranzi, A., & Hadders-Algra, M. (2007). Posture and movement in healthy preterm infants in supine position in and outside the nest. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition.* 92(5), F386-F390.
- Ferrari, R., Alencar, G.B., & Viana, D.V. (2012). Análise das produções literárias sobre o uso do brinquedo terapêutico. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde.* 3(2), 660-673.
- Ferreira, A. (2011). A presença dos pais em situação de ressuscitação cardiopulmonar. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP.* Disponível em <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=30689> .
- Fonseca, R., & Barros, I. (2016). Terapêutica de posição em neonatologia. In Lourenço, M.J., Ferreira, O., & Baixinho, C.L. (Coords). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp.185-193). Loures: Lusodidacta.
- Fonseca, R.J.S. (2015). *A Influência das Cartas Terapêuticas na Esperança dos Pais de Crianças Com Doença Crónica.* Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa, Porto, Viseu.
- Franck, L.S., Oulton, K., Nderitu, S., Lim, M., Fang, S., & Kaiser, A. (2011). Parent Involvement in Pain Management for NICU Infants: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics.* 128(3), 510-518.
- Freed, P.E., McLaughlin, D.E., SmithBattle, L., Leanders, S., & Westhus, N. (2010). “It's the Little Things That Count”: The Value in Receiving Therapeutic Letters. *Issues in mental health nursing.* 31(4), 265-272.
- Freese, B.T. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In A. M. Tomey & M.R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp.335-355). Loures, Lusociência.
- Freitas, A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos.* 15, 1-38.
- Gaspardo, C., Martinez, F., & Linhares, M. B. (2010). Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos prétermo. *Revista Paulista Pediátrica.* 28(1), 77-85.

- Gibbins, S., Coughlin, M., & Hoath, SB. (2010). Quality indicators: using the universe of developmental care model as an exemplar for change. In: Kenner, C. & McGrath, J. (eds). *Developmental care of newborns and infants: a guide for health professionals* (pp. 43—59.). MO, United States: Mosby Publishers.
- Gibbins, S., Hoath, S. B., Coughlin, M., Gibbins, A., & Franck, L. (2008). The Universe of Developmental Care. A New Conceptual Model for Application in the Neonatal Intensive Care. *Advances in Neonatal Care*. 8(3), 141-147.
- Gibbs, D.P. (2015). Supporting the Parent-Infant Relationship: Using the Neonatal Behavioral Observation in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of the Association of Pediatric Chartered Physiotherapists*. 6(1), 26-34.
- Gouna, G., Rakza, T., Kuissi, E., Pennaforte, T., Mur, S., & Storme, L. (2013). Positioning Effects on Lung Function and Breathing Pattern in Premature Newborns. *The Journal of Pediatrics*. 162(6), 1133–1137. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.11.036>.
- Grunau, R.E., Linhares, M.B.M., Holsti, L., Oberlander, T.F., & Whitfield, M.F. (2004). Does Prone or Supine Position Influence Pain Responses in Preterm Infants at 32 Weeks Gestational Age? *The Clinical Journal of Pain*. 20(2), 76-82.
- Hale, A. (2010). Neonatal Brain Injury. In Boxwell, G. (Ed). *Neonatal intensive care nursing*. (2nd ed.). New York: Routledge.
- Hall, C., & Reet, M. (2000). Enhancing the state of play in children's nursing. *Journal of Child Health Care*. 4, 49-54.
- Hall, R.W. (2012). Anesthesia and Analgesia in the NICU. *Clinics in Perinatology*. 39(1), 239-254.
- Harrison, T.M. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*. 25(5), 335-343.
- Heinemann, A.; Hellström-Westas, L., & Nyqvist, K.H. (2013). Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Paediatrica*. 102(7), 695-702.
- Heleno, S. (2013). Cuidados Paliativos Em Pediatria. *Evidências*. 41-49.
- Henning, M., Gomes, M., & Morsch, D. (2010). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 20(3), 835–852.

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital – enquadrar os cuidados e enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).
- Hunt, K.N. (2011). The NICU: Environmental Effects of the Neonatal Intensive Care Unit on Infants and Caregivers. *Research Papers*. Paper 71.
- Hunter, J. (2010). Therapeutic positioning: neuromotor, physiologic and sleep implications. In Kenner & McGrath (Eds). *Developmental Care of Newborns and Infants, A Guide for Health Professionals* (pp. 285-312) (2nd ed.). Glenview: NANN.
- Institute for Family-Centered Care. (2010). Patient and family centered care. Disponível em www.ipfcc.org/pdf/CoreConcepts.pdf.
- Instituto de Apoio à Criança (1998). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. 4ª Ed.Lisboa: Grupo Medinfar.
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2015). *Estatísticas Demográficas 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=139659&PUBLICACOESmodo=2.
- Jansen, M.F., Santos, R.M., & Favero L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 31(2).
- Jeanson, E. (2013). One-to-One Bedside Nurse Education as a Means to Improve Positioning Consistency. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13(1), 27—30. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.004>.

- Jolley, J. & Shields, L. (2009). The Evolution of Family Centered Care. *J Pediat Nurs.* 24(2), 164-170.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (Re)Pensar o Cuidar em Enfermagem.* (1ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Keller, A., Arbel, N., Merlob, P., & Davidson, S. (2003). Neurobehavioral and autonomic effects of hammock positioning in infants with very low birth weight. *Pediatric Physical Therapy.* 15(1), 3-7.
- Kenner, C. & McGrath J.M. (2004). *Developmental Care of Newborns & Infants: A Guide for Health Professionals.* USA: Mosby.
- Kerouac, S. [et al] (1996). *El Piensamento enfermeiro.* Barcelona: Doyma.
- Lawhon, G. (2002). Facilitation of parenting the premature infant within the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 16(1), 71–85. Disponível em: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=748aff91-17a1-42c9-83d9-b312e1a5e74f%40sessionmgr4002&vid=2&hid=4102>.
- Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro (2009). Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. *Diário da República I Série*, N.º178 (14-09-2009). 6254-6255.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno.* Comité Português para a UNICEF.
- Linhares, M. B. & Doca, F. N. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia.* 18(2), 307 – 325.
- Lissauer, T. & Clayden, G. (2007). *Manual ilustrado de pediatria.* (3ª Ed.). São Paulo: Elsevier Editora.
- Lopes, A. F. R. (2013). *Relatório de Estágio.* Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado. Lisboa.
- Lopes, M. (2001). *Concepções e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e Implicações* (2ª Ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Lopes, S.O.C.; Catarino, H., & Dixe, M.A. (2010). Parentalidade positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Referência – Revista de Enfermagem.* 3(1).
- Lourenço, M.J., Ferreira, O., & Baixinho, C.L. (2016). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro.* Loures: Lusodidacta.
- Madlinger-Lewis, L., Reynolds, L., Zarem, C., Crapnell, T., Inder, T., & Pineda, R. (2014). The effects of alternative positioning on preterm infants in the neonatal intensive care

- unit: A randomized clinical trial. *Research in Developmental Disabilities*. 35(2), 490–497. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2013.11.019>
- Mão-de-Ferro, A. (1999). *Na rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.
- Maria, A.T., Cavaco, H. & Marçal, M. (2014). *Protocolo Serviço de Pediatria – HSFX*. (Novembro 2014). Analgesia no RN. Acessível no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. Lisboa, Portugal.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (5ª ed.). Pero Pinheiro: ReportNumber.
- Masri, S., Ibrahim, P., Badin, D., Khalil, S., & Charafeddine, L. (2018). Structured Educational Intervention Leads to Better Infant Positioning in the NICU. *Neonatal Network*. 37(2), 70-77.
- McCarty, D. B., Peat, J. R., Malcolm, W. F., Smith, P. B., Fisher, K., & Goldstein, R. F. (2017). Dolichocephaly in preterm infants: prevalence, risk factors, and early motor outcomes. *American journal of perinatology*. 34(4), 372-378.
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5), 472-479.
- McManus, B.M., & Capistran, P.S. (2008). A Case Presentation of Early Intervention with Dolichocephaly in the NICU: Collaboration Between the Primary Nursing Team and the Developmental Care Specialist. *Neonatal Network*. 27(5), 307-315.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. [et al] (2000). Experiencing Transitions: An emerging middle-range theory. *AdvNursing Science*. 23(1), 12-28.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress*. (5ªed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, cop.
- Melnyk, B. M. (2004). Integrating Levels of Evidence into Clinical Decision Making. *Pediatric Nursing*. 30(4), 323-325.
- Mendes, J., Justo da Silva, L., & Santos, M. J. (2012). Cuidados Paliativos neonatais e pediátricos em Portugal – um desafio para o século XXI. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 43(5), 218-222.
- Mendes, M. G. & Martins, M. M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à acção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (6), 113-121.

- Mendes, M. G. (2010). *Enfermeiros e pais em parceria na construção do bem-estar da família*. Escola Superior de Enfermagem do Porto – “Redes de conhecimento em enfermagem de família”.
- Mercer, R.T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship*. 36(3), 226-232.
- Mitre, R. M. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 147-154.
- Modesto, I.F., Avelar, A.F.M., Pedreira, M.D.L.G., Pradella-Hallinan, M., Avena, M.J., & Pinheiro, E.M. (2016). Effect of sleeping position on arousals from sleep in preterm Infants. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 21(3), 131-138. DOI:10.1111/jspn.12147.
- Monterosso, L, Kristjanson, L.J., Cole, J. & Evans S.F. (2003). Effect of postural supports on neuromotor function in very preterm infants to term equivalent age. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 39(3), 197–205.
- Monterosso, L., Kristjanson, L., & Cole, J. (2002). Neuromotor Development and the Physiologic Effects of Positioning in Very Low Birth Weight Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 31(2), 138-146. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00033.x>.
- Moreno, A. S. M. S. (2012). *O controlo da dor em neonatologia: intervenções não farmacológicas*. Escola Superior De Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado. Porto.
- Mundy, C. (2010). Assessment of Family Needs in Neonatal Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*. 19(2), 156-163.
- Nakano, H., Kihara, H., Nakano, J., & Konishi, Y. (2010). The Influence of Positioning on Spontaneous Movements of Preterm Infants. *Journal of Physical Therapy Science*. 22(3), 337-344.
- Neto, J.A.S. & Rodrigues, B.M.R.D. (2010). Tecnologia como Fundamento do Cuidar em Neonatologia. *Texto Contexto Enferm*. 19(2), 372-377.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2010). *The Neuman Systems Model*. (5ªed). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Obeidat, H.M., Bond, E.A., & Callister, L.C. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal Education*. 18(3), 23-29.

- Oman, K.S. & Duran, C.R. (2010). Health care providers' evaluations of family presence during resuscitation. *Journal of Emergency Nursing*. 36(6), 524-533.
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem (2008). *Dor – guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação á Parentalidade durante a Hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspetiva Ética*. Loures: Lusociencia,
- Papalia, E., Olds, W., & Feldman, D. (2001). *O Mundo da Criança* (8ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Peirano, P. D., & Algarín, C. R. (2007). Sleep in brain development. *Biological research*. 40(4), 471-478.
- Peng, N.H., Chen, L.L., Li, T.C., Smith, M., Chang, Y.S., & Huang, L.C. (2014). The effect of positioning on preterm infants' sleep-wake states and stress behaviours during exposure to environmental stressors. *Journal of Child Health Care*. 18(4), 314-325. DOI:10.1177/1367493513496665.
- Pereira, C.; Fernandes, L.; Tavares, M., & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*. 12(14), 1-7.
- Pereira, P. (2009). *Frutos do Amor: quando dois passam a três*. Vialonga: Coisas de Ler.
- Perkins, E., Ginn, L., Fanning, J.K., & Bartlett, D.J. (2004). Effect of nursing education on positioning of infants in the neonatal intensive care unit. *Pediatric Physical Therapy: The Official Publication of the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association*. 16(1), 2-12.

- Picheansathian, W., Woragidpoonpol, P., & Baosoung, C. (2009). Positioning of preterm infants for optimal physiological development: a systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*. 7(7), 224–259.
- Polit, D. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. (5ªed.). Porto Alegre: Artmed.
- Prasko, J., Diveky, T., Mozny, P., & Sigmundova, Z. (2009). Therapeutic letters—changing the emotional schemas using writing letters to significant caregivers. *Act Nerv Super Rediviva*. 51(3), 163-167.
- Pruitt, M., Johnson, A., Elliott, C., & Polley, K. (2008). Parental Presence During Pediatric Invasive Procedures. *Journal of Pediatric Health Care*. 22(2), 120-127.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011). 8648-8653.
- Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011). 8653-8655.
- Reis, M.D., Rempel, G.R., Scott, S.D., Brady-Fryer, B.A., & Aerde, J.V. (2010). Developing Nurse/Parent Relationships in the NICU Through Negotiated Partnership. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 39(6), 675 – 683.
- Rosenbaum, J.L., Smith, J.R., & Zollfrank, R. (2011). Neonatal End-of-Life Spiritual Support Care. *J. Perinat Neonat Nurs*. 25(1), 6-69.
- Roteta, A. & Torre, M. (2013). Experiencias de Los Padres de grandes Prematuros en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: revision sistemática de la evidencia cualitativa. *Metas Enfermagem*. 16(2), 20-25.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (aut). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 2, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... *Nascer e Crescer*.
- Schechter, N. L., Zempsky, W. T., Cohen, L. L., McGrath, P. J., McMurtry, C. M., & Bright, N. S. (2007). Pain reduction during pediatric immunizations: evidence-based review and recommendations. *Pediatrics*. 119(5), e1184-e1198.

- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: how professionals think in action*. USA: Basic Books.
- Shapiro, J. (2012). Narrative Medicine and Narrative Writing. *Fam Med*. 44 (5), 309-311.
- Silva, M. D. A. S., Collet, N., Silva, K. D. L., & Moura, F. M. D. (2010). Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta Paulista de Enfermagem*. 23(3), 359-365.
- Silva, R. N. M. (2005). Cuidados voltados para o desenvolvimento do bebê pré-termo na UTI Neonatal. *Avanços em Perinatologia*. Rio de Janeiro: Alves Filho & Trindade, Manoel de Carvalho e José Maria de Andrade Lopes Editores.
- Silva, R. N. M. (2006). *Cuidados Voltados para o Desenvolvimento do Bebê pré-termo: uma abordagem prática*, 1-30.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55, 11-20.
- Skene, C., Franck, L., Curtis, P., & Gerrish, K. (2012). Parental Involvement in Neonatal Comfort Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 41(6), 786-797.
- Smith, L., Coleman, V., & Bradshaw, M. (2006). Family-Centered Care: Using the practice Continuum Tool. In: Richardson, J. & Glasper, E.A. *A Textbook of Children and Young People's Nursing*. Churchill Livingstone: Elsevier.
- Soares, C., Rodrigues, M., Rocha, G., Martins, A., & Guimarães, H. (2013). Fim de Vida em Neonatologia: Integração dos Cuidados Paliativos. *Acta Med Port*. 26(4), 318-326.
- Sousa, B.S.T., Dias, C.M.M.S., Pedro, C.S., Artilheiro, G.C.T.D., & Curado, M.A. (2016). Cuidar para o desenvolvimento: a terapêutica de posição no recém-nascido pré-termo. In Lourenço, M.J., Ferreira, O., & Baixinho, C.L. (Coords). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp.167-184). Loures: Lusodidacta.
- Sousa, N., Araújo, A., Costa, I., Carvalho, J., & Silva, M. (2009). Representações de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2(62), 729-733.
- Sweeney, J. K., & Gutierrez, T. (2010). The dynamic continuum of motor and musculoskeletal development. In C. Kenner & J. M. McGrath (Coords). *Developmental care of newborns and infants: A guide for health professionals* (pp. 235-244). Glenview: Mosby.
- Sweeney, J.K., & Gutierrez, T. (2002). Musculoskeletal Implications of Preterm Infant Positioning in the NICU. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 16(1), 58-70.

- Tamez, R.N. & Silva, M.J.P. (2013). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Tavares, G., Mota, J., & Magro, C. (2006). Visão sistemática da prematuridade: as interações entre família e equipe de saúde diante do recém-nascido pré-termo em UTI neonatal. *Revista Paulista de Pediatria*. 24(1), 27-24.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/ Supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Briggs Institute.
- Tuyn, L. K. (2003). Metaphors, letters, and stories: narrative strategies for family healing. *Holistic nursing practice*. 17(1), 22-26.
- UNICEF (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança. NY: ONU. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Vaivre-Douret, L., Ennourib, K., Jrad, I., Garrecd, C., & Papiernik, E. (2004). Effect of positioning on the incidence of abnormalities of muscle tone in low-risk, preterm infants. *European Journal of Paediatric Neurology*. 8(1), 21-34. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpn.2003.10.001>.
- Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. 5, 41-50.
- Waitzman, K.A. (2007). The importance of Positioning the Near-term Infant for Sleep, Play and Development. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 7(2), 76-81. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2007.05.004>.
- Wang, L., He, J.L. & Fei, S.L. (2016). Perceived Needs of Parents of Premature Infants in NICU. *Western Journal of Nursing Research*. 1-13.
- Watson, J. (2002). *Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- World Health Organization (2008). The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever). Geneve: World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/whr/2008/en/>.
- World Health Organization (2014). *The Global Atlas of Palliative Care*. Disponível em <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>.
- World Health Organization (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneve: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988_eng.pdf.

- World Health Organization, March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health & Save the Children (2012). *Born Too Soon: The Global action report on preterm Birth*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf
- Zarem, C., Crapnell, T., Tiltges, L., Madlinger, L., Reynolds, L., Lukas, K., & Pineda, R. (2013). Neonatal Nurses' and Therapists' Perceptions of Positioning for Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*. 32(2), 110-116. **DOI:**10.1891/0730-0832.32.2.110.
- Zomignani, A.P., Zambelli, H.J.L., & Antonio, M.A.R.G.M. (2009). Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. *Revista Paulista de Pediatria*. 27(2), 198-203.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICES

**Apêndice I –
Cronograma de Estágio**

CRONOGRAMA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Setembro																															
Outubro																															
Novembro																															
Dezembro																															
Janeiro																															
Fevereiro																															
Março																															

	Serviço de Internamento de Pediatria
	Cuidados de Saúde Primários
	Serviço de Urgência de Pediatria
	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
	Elaboração e Apresentação do Relatório Final

Síntese Reflexiva

Serviço de Internamento de Pediatria

O estágio decorreu no período de 26 de Setembro a 13 de Outubro de 2017. O Serviço de Internamento de Pediatria admite crianças e jovens até aos 18 anos, tendo recentemente alargado a idade até aos 21 anos, provenientes de qualquer zona do País. As crianças e jovens internadas neste serviço são encaminhados das Consultas Externas de Pediatria. As patologias mais frequentes são défices de desenvolvimento (Atraso de desenvolvimento psicomotor, disfunção sensorial), défices neuromotores (Paralisia cerebral, spina bífida, sequelas de traumatismos crânio-encefálicos, de tumores, de lesões vertebro-medulares, de plexo ou de nervos periféricos) e défices motores (Malformações congénitas/ amputações, problemas reumatológicos).

A equipa multiprofissional é constituída por Médico(a) Fisiatra, Enfermeiro(a) de Reabilitação, Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediatria, Enfermeiro Generalista, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala, Psicólogo(a) Clínico(a), Ortoprotésico(a), Educador(a), Dietista, Assistente Social e Professores do Ensino Especial e Educadores de Infância.

Como meios complementares e de diagnóstico dispõe de Centro de Mobilidade, Laboratório de Marcha, Laboratório de Análise da Posição de Sentado (LAPOSE), Estudos Urodinâmicos, Fisiopatologia Respiratória, Unidade de Neurofisiologia e Unidade de Imagiologia Clínica.

Este serviço é constituído por uma unidade que funciona em regime de internamento e de hospital de dia, que atende várias crianças/jovens em regime de ambulatório.

O objetivo geral desta unidade é trabalhar em equipa para promover a autonomia das crianças/jovens, a sua dignidade e auto-estima, os seus direitos de cidadania e a sua integração social e profissional na sociedade. Os cuidados têm em consideração a família como indissociável da criança/jovem, promovendo a sua participação nos mesmos, respeitando os seus direitos e escolhas, e criando relações de confiança, capazes de promover a capacitação e empoderamento dos pais.

Cada criança/jovem tem um enfermeiro responsável por si desde a admissão até à alta respondendo pelos cuidados prestados.

A experiência proporcionada pelo cuidar de crianças/jovens com patologias tão diversas e complexas possibilitou o desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos e

competências do ponto de vista técnico e relacional, num contexto muito distante da minha realidade profissional.

A situação de hospitalização é uma fonte de *stress* e ansiedade para a maioria das crianças (Barros, 1999). Lissauer e Clayden (2007) realçam que, quando hospitalizadas, as crianças devem receber Cuidados Centrados na Família (CCF), informação, apoio psicossocial, oportunidade de se exprimirem de acordo com a sua idade e estar num ambiente adequado. Neste contexto, as crianças/ jovens internados apresentam necessidades especiais e podem apresentar maior risco de desenvolver uma condição crónica física, evolutiva, comportamental, assim como têm maior probabilidade de necessitarem dos serviços de saúde e de outros serviços, por períodos mais longos (Hockenberry & Wilson, 2014). Folha (2010) reforça que é importante que todas as crianças sejam amadas e respeitadas, e tenham uma envolvente que promova o desenvolvimento de todo o seu potencial e ainda de crescer num contexto com sensibilidade às suas particularidades. A doença crónica define-se como uma doença de longa duração, usualmente com progressão lenta, muitas vezes associadas a um certo grau de incapacidade, e que implica acompanhamento multiprofissional. Pode entender-se como toda a lesão somática que diminui as capacidades da criança/jovem, produzindo sintomas e sinais, por um tempo prolongado, e da qual só é possível recuperação parcial (Azenha, Rodrigues & Galvão, 2012; Hockenberry & Wilson, 2014). É indesejável, incontroável ou parcialmente controável, com consequências difíceis de prever, podendo envolver perigo ou risco de vida, e envolve a separação temporária da família e amigos, perdas temporárias ou permanentes e diminuição das opções (sociais, ocupacionais, escolares, profissionais e familiares) (Barros, 1999). Ao viver com doença crónica, a criança/jovem necessita de se adaptar e ajustar aos diversos ambientes e contextos tendo em conta as especificidades e características da doença crónica - dor, fadiga, efeitos causados pela medicação, ausências provocadas por internamentos ou idas a hospitais, crescimento e desenvolvimento inadequados, menos oportunidades de brincar com outras crianças (Pais & Menezes, 2010). A sua reação à doença crónica vai depender do seu nível de desenvolvimento, características comportamentais e das estratégias de adaptação disponíveis, assim como da reação da família e pessoas significativas (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, a família, escola e serviços de saúde ocupam uma posição central no processo de desenvolvimento e aprendizagem da criança/jovem com doença crónica, permitindo-lhe uma melhor integração na sociedade, no ambiente escolar, promovendo o melhor desempenho escolar, diminuição do número de faltas à escola, menor número de dias de internamento, redução dos episódios de idas à urgência e diminuição do número de dias de falta ao trabalho

por parte dos pais (Ferreira, 2012), como foi possível constatar durante o estágio neste serviço.

Constatei que os cuidados em pediatria baseiam-se na filosofia de CCF e na prestação de cuidados não traumáticos. A “filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como uma constante na vida da criança” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.11) constituindo-se como foco do cuidado, o respeito, o apoio e a colaboração, e tendo como conceitos básicos a capacitação e o empoderamento. Os profissionais têm o dever de capacitar as famílias, de forma individualizada e progressiva, dando-lhes oportunidades para demonstrarem as suas aptidões e competências, assim como adquirirem outras que sejam importantes para responderem às necessidades da criança, mantendo o controlo sobre as suas vidas. O papel do enfermeiro é apoiar a família na prestação de cuidados e na tomada de decisões (Hockenberry & Wilson, 2014). Os cuidados têm em consideração a família como indissociável da criança/jovem, promovendo a sua participação nos mesmos, respeitando os seus direitos e escolhas, estabelecendo relações de confiança capazes de promover a capacitação e empoderamento dos pais/cuidadores. É efectuado ensino, instrução e dado espaço para treino à família, sempre que possível, desde o início do internamento, com vista na preparação da alta, tendo em conta o ambiente e as condições habitacionais.

Durante o estágio acompanhei o percurso de hospitalização de crianças/jovens e famílias desde o acolhimento até à alta. O acolhimento é um momento primordial no percurso de internamento da criança/jovem e família, pois estes encontram-se vulneráveis e com novas necessidades acrescidas (Silva, Collet, Silva & Moura, 2010), e no estabelecimento de alicerces fundamentais na relação com a criança/jovem e família. O momento do primeiro contato com os profissionais de saúde deve permitir o estabelecimento de relações de confiança, a valorização do conhecimento dos pais e da criança/jovem, e a promoção dos seus direitos (Hockenberry & Wilson, 2014). Os pais devem sentir-se acolhidos, confortáveis, apoiados e compreenderem que têm um papel fulcral na tomada de decisões e nos cuidados (Mundy, 2010). Os acolhimentos que tive oportunidade de acompanhar, permitiram constatar que os enfermeiros do serviço podem receber as crianças/jovens e família na Consulta de Pediatria ou no Serviço de Pediatria, vindo acompanhados pela enfermeira da Consulta. Na primeira abordagem, os enfermeiros apresentam-se e perguntam às crianças e jovens como gostam de ser tratados. Encaminham a criança/jovem e família para o quarto, apresentam espaço e condições do serviço, explicam normas de funcionamento do mesmo, permitindo uma familiarização com o ambiente. Os pais podem trazer objetos para humanizar o espaço tais como bonecos, fotografias, desenhos, para deste modo diminuir o *stress* da criança/jovem.

O proporcionar um ambiente acolhedor, apresentar o serviço e permitir que o ambiente seja o mais familiar possível, promove o estabelecimento de uma relação de confiança com a equipa, favorecendo a comunicação, aumentando o sentimento de poder da criança/jovem e pais, e respondendo às suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas e espirituais (Pruitt, Johnson, Elliott & Polley, 2008; Mundy, 2010; Heinemann, Hellström-Westas & Nyqvist, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014), o que permitiu reconhecer este ambiente como seguro e afetuosos. Pude constatar que os cuidados são nutridos com afeto (Diogo, 2012), e que as crianças/jovens se sentem amadas e acarinhadas, demonstrado em momentos de carinho, palavras afetuosas, brincadeiras e “partidas” e abraços. As atividades desenvolvidas no serviço, aliadas à relação empática e de confiança estabelecidas no contexto, permitiram a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro, tendo-se desenvolvido a Competência Comum do Enfermeiro Especialista (EE): *“Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (B3) - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo (B3.1)”* (Diário da República (DR), 2011a), evidenciado ainda pelo uso de fardas pediátricas, tanto pelos enfermeiros do serviço como por mim, e que eram facilitadoras do estabelecimento da relação com as crianças/jovens, assim como diminuía o impacto da hospitalização, auxiliando na recuperação da situação de doença. Festini et al. (2009) consideram que o uso de fardas coloridas melhora a percepção dos enfermeiros por partes das crianças e jovens, transmitindo ainda uma maior tranquilidade aos pais, o que leva a uma melhoria da relação entre o cliente e o enfermeiro.

Após o acolhimento é realizada uma colheita de dados, junto dos pais e criança/jovem, num ambiente calmo e sigiloso, onde são colhidas informações sobre a família e identificadas as necessidades de apoio, tal como preconiza Mundy (2010), promovendo deste modo o respeito pela individualidade e confidencialidade dos dados colhidos, e deste modo, permitindo desenvolver a Competência Comum de EE: *“Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1)”* e *“Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2) - Promove a protecção dos direitos humanos (A2.1)”* (DR, 2011a). É ainda efetuada, no dia da admissão no serviço, uma reunião multidisciplinar, com pais, enfermeiro, médico, assistente social e educadora, onde resumem o caso da criança/jovem, são identificadas as necessidades da criança, questionados os pais sobre o filho, seus desejos, expectativas, e elaborado um plano de cuidados. No dia de alta, ocorre novamente uma reunião multidisciplinar com todos os profissionais e pais onde avaliam o percurso de internamento e abordam os cuidados domiciliários.

Neste serviço a criança/jovem até aos 14 anos tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou da pessoa que os substitua durante o período do dia. No período noturno têm direito a apenas um acompanhante. Há respeito pelos Direitos da Criança, artigo 9º, que refere que a criança não pode ser separada dos pais se não for essa a sua vontade (UNICEF, 1989) e pela Carta dos Direitos da Criança Internada, artigo 2º, que refere que a criança/jovem tem direito a ter sempre os seus pais, ou substitutos, junto a si, independentemente da sua idade ou estado de saúde (Instituto de Apoio à Criança (IAC), 1998, 2009). Há também uma preocupação com as necessidades dos acompanhantes, garantindo que dispõem de pelo menos um cadeirão para descansar (DR, 2009). É de salientar, que de acordo com situação clínica e decisão dos pais e equipa multidisciplinar, as crianças podem ir a casa durante o fim-de-semana, o que proporciona momentos lúdicos e o retorno ao seu ambiente habitual.

Os cuidados são prestados baseados na filosofia dos CCF, pelo que manter os pais junto da criança/jovem dá conforto e proporciona uma sensação de controlo sobre o processo que se vive. Também a transmissão de informação adequada mostra-se fundamental para esta sensação de controlo (De Rouck & Leys, 2009), pelo que procurei manter os pais/família sempre informados acerca do estado de saúde da criança/jovem, bem como sobre todos os cuidados que lhe prestava. A partilha de informação entre pais/família e enfermeiros, e a sua inclusão nos cuidados, permitiu um aumento de conhecimentos de ambos os lados, quer em relação aos cuidados prestados à criança/jovem no domicílio, aos seus hábitos e rotinas, quer em relação à situação clínica da mesma permitindo, segundo Skene, Franck, Curtis e Gerrish (2012), dar poder aos pais na tomada de decisão. Pude constatar que a intervenção do enfermeiro junto das crianças/jovens esteve sempre presente a filosofia dos CCF, em que a relação pais/enfermeiros foi sustentada por crenças e valores de que a família, sobretudo os pais, são os melhores prestadores de cuidados das crianças/jovens, respeitando e valorizando a sua experiência e o seu contributo nos cuidados ao filho. Foi assim desenvolvida a Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ): *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1) – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1)”* (DR, 2011b). Os CCF requerem a formação e fortalecimento de relações terapêuticas cuidadosas e sensíveis às transições, e que essas relações se baseiam na confiança mútua, compreensão e partilha do conhecimento. A interação diária com estes pais e a consolidação de uma relação empática e de confiança remete-nos para a importância da autenticidade e verdade com que

deve ser pautada a relação (McCormack & McCance, 2006; Harrison, 2010). O enfermeiro tem como objetivo, através de intervenções de alta qualidade e mobilizando ferramentas como a escuta ativa, a negociação ou a empatia, apoiar a criança e família a alcançar o seu potencial ao longo do percurso de saúde-doença.

Assim, o estágio permitiu desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: “*Cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (E2.5)*” (DR, 2011b), na qual prestei cuidados a várias crianças/jovens com doença aguda, ou crónica, tendo tido oportunidade de participar e prestar cuidados a crianças/jovens com défices de desenvolvimento, neuromotores e motores, identificar as necessidades e incapacidades, prestar cuidados em concordância com o mesmo e promover a capacitação dos pais, requerendo da minha parte uma nova aprendizagem tanto da componente técnica, como relacional e humana, tendo deste modo também desenvolvido a Competência Específica do EEESCJ: “*Cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) - Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados (E2.3)*” (DR, 2011b), através da pesquisa da evidência científica acerca das doenças raras e respetivos cuidados de enfermagem.

Ao relacionar-me com crianças/jovens tive oportunidade de desenvolver capacidades e estratégias de comunicação adequadas a cada criança/jovem, estadio de desenvolvimento, cultura e conhecimento que possui, assim como adequadas a cada família. É através de uma comunicação eficaz, colocando questões abertas, dando incentivos não-verbais e escutando a pessoa que se estabelecem relações de confiança (Hockenberry & Wilson, 2014). Na comunicação com a família, a transmissão de informação assume um papel fundamental na diminuição dos níveis de *stress* e ansiedade, muito comuns em situações de hospitalização. Na comunicação com os pais, tratei-os pelo nome desejado, procurei encorajá-los a expor as suas dúvidas e preocupações, não me limitando a colher a informação considerada relevante para a prática, desenvolvi estratégias de saber ouvir (através da postura corporal, da expressão facial), usei sempre que considere necessário o silêncio, na procura de uma relação de ajuda e de empatia. Procurei ir ao encontro das necessidades de informação da família, adotando uma postura calma, escutando as suas dúvidas, medos e preocupações e utilizando uma linguagem clara e simples. Desenvolver uma comunicação eficaz é fundamental para uma relação empática entre a família e a equipa de saúde para atingir a excelência do cuidar. Na comunicação com a criança/jovem procurei adequar estratégias verbais e não-verbais à sua idade e ao seu desenvolvimento cognitivo. Desta forma, centrei nela a minha intervenção e,

para tal, assumi uma posição de igual para igual (a nível visual), falei calmamente, de forma simples e direta, dei tempo para se ambientar e expressar as suas preocupações e receios, evitei investidas rápidas ou outros gestos que pudessem ser considerados ameaçadores e utilizei por diversas vezes a brincadeira como linguagem universal das crianças. O brincar foi assim utilizado como instrumento terapêutico na comunicação com a criança/jovem de forma a proporcionar o estabelecimento de uma relação de confiança e segurança. O brincar está mundialmente reconhecido e referenciado na Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959), como um direito e este assume um papel fundamental na adaptação e integração da criança ao ambiente hospitalar. Assim “brincar é essencial para o bem-estar mental, emocional e social das crianças. Tal como acontece com as suas necessidades de desenvolvimento, a necessidade de brincar não pára quando as crianças estão doentes ou quando entram no hospital” (Sanders, 2014, p. 1041). Estas atividades permitiram desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3.)”* (DR, 2011b).

O brincar foi utilizado como estratégia na comunicação, mas também, durante o estágio foi utilizado como uma estratégia distrativa, e não farmacológica de alívio da dor durante a realização de procedimentos dolorosos e desagradáveis e visando a minimização dos *stressores* da hospitalização no decurso da prestação de cuidados a crianças e jovens, mediante a sua situação clínica. É fulcral identificar as fontes de ansiedade causada, por vezes, pelo medo do desconhecido, da separação, dos procedimentos realizados, promovendo estratégias de bem-estar, aliviando o sofrimento e o impacto do processo de hospitalização (Lopes, 2013).

A brincadeira, segundo os autores Queiroz, Maciel e Branco (2006), é uma atividade estruturante e impulsionadora do desenvolvimento infantil. O brincar contribui para o estabelecimento de um ambiente de cuidados alegre, acolhedor, de tranquilidade e de confiança; aumenta o sentimento de segurança da criança face a um ambiente estranho; permite-lhe divertir-se, o que promove a sua descontração e relaxamento; diminui o *stress* e a ansiedade de separação e afastamento do seu ambiente familiar e social; possibilita à criança exteriorizar a sua irritabilidade e frustração, expressando os seus sentimentos e emoções; estimula a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos outros; permite à criança desenvolver a sua criatividade e imaginação, manifestando os seus principais interesses e preferências. É, no âmbito da Enfermagem, um instrumento que permite a

preparação da criança/jovem para procedimentos e uma estratégia que possibilita à criança/jovem a gestão das suas emoções, perante uma situação emocionalmente intensa (Hall & Reet, 2000; Mitre & Gomes, 2004; Ferrari, Alencar & Viana, 2012).

Foram também desenvolvidas intervenções que visam a gestão e alívio da dor, através do recurso a medidas não farmacológicas, nomeadamente através de intervenções cognitivas, comportamentais, cognitivo-comportamentais, tais como o reforço positivo, a distração, imaginação guiada, a informação antecipatória como intervenções cognitivas, os exercícios de respiração diafragmática como intervenções comportamentais, e a massagem, o posicionamento e aplicação de frio/calor como intervenções cognitivo-comportamentais. Constatei que recorrem ainda a outras estratégias como o humor, riso, musicoterapia e suporte emocional. Estas atividades permitiram desenvolver a Competência Específica do EEES CJ: “*Cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2)*” (DR, 2011b).

É de ressaltar a presença semanal da Operação Nariz Vermelho que acompanhava as crianças internadas com objetivo de “levar alegria à criança hospitalizada, aos seus familiares e profissionais de saúde, através da arte e imagem do *Doutor Palhaço*” (Operação Nariz Vermelho, *in site*), utilizando-se para tal diversas estratégias não farmacológicas tais como, a distração, o humor e a musicoterapia.

De forma a dar resposta ao segundo objetivo geral definido, pude constatar que a intervenção dos enfermeiros nos posicionamentos, têm em consideração os benefícios enumerados pelos autores Lourenço, Ferreira e Baixinho (2016), pois posicionam as crianças/jovens com os objetivos de: evitar atrofia muscular, favorecer a mobilidade articular, melhorar a oxigenação/nutrição, promover a integridade cutânea, prevenir o aparecimento de úlceras de pressão, favorecer a cicatrização de feridas, aliviar a dor, promover o conforto, manter o alinhamento corporal, promover a estimulação visual e aumentar a perceção do espaço, prevenir a aspiração e complicações neurológicas, manter a integridade do tecido muscular, favorecer o sono e repouso, promover a circulação e diminuir o edema. No serviço, pude constatar que não utilizam nenhum instrumento para avaliação do posicionamento da criança/jovem, mas que promovem os princípios fundamentais dos posicionamentos, de acordo com a criança/jovem e situação clínica. A avaliação da criança/jovem a posicionar inclui a avaliação do estado cognitivo, da motricidade, que engloba avaliação da força muscular, com recurso a escala de *Lower*, do tónus muscular, com recurso a escala de *Ashworth* modificada e avaliação da coordenação motora. Engloba

também a avaliação da amplitude articular, postura e alinhamento, antecedentes pessoais, nível de independência, com recurso a escala da Medida de Independência Funcional a partir dos 8 anos de idade, do peso e altura, do risco de desenvolver Úlcera por Pressão, com recurso a escala *Braden* e *Braden Q*, e avaliação do risco de Queda, com recurso à escala *Humpty Dumpty* (Lourenço, Ferreira & Baixinho, 2016). Após a avaliação, baseiam os posicionamentos nos princípios reconhecidos na evidência científica nomeadamente: manter o alinhamento corporal; garantir a distribuição equitativa do peso pela área de contato com a superfície de apoio; associar superfícies de alívio de pressão; estimular o autocuidado para diminuir os efeitos da imobilidade, prevenir o aumento da dependência e promover o potencial funcional da criança; instruir e encorajar os exercícios isométricos (contrações musculares sem movimento), com especial ênfase nos membros inferiores e abdómen; fazer exercícios ativos e passivos, na amplitude do movimento; alternar a posição regularmente; prevenir as complicações associadas ao posicionamento incorreto; realizar exercícios respiratórios; satisfazer as necessidades nutricionais e reforço hídrico; e capacitar cuidadores/pais (Lourenço, Ferreira & Baixinho, 2016). Utilizam produtos de apoio ao posicionamento diferentes dos encontrados habitualmente com o objetivo de promoverem o posicionamento adequado e reabilitarem as crianças/jovens, desenvolvidos e adaptados a cada uma das crianças/jovens, como observei aquando da ida ao LAPOSE, onde estiveram a adaptar a cadeira de rodas e de transporte à criança. Deste modo, foi desenvolvida a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1)”* (DR, 2011b). No seguimento da reflexão sobre as práticas de cuidados relacionadas com o posicionamento surgiu a oportunidade de desenvolver uma apresentação sobre “O Posicionamento no Serviço de Internamento de Pediatria” que teve como objetivo refletir sobre a importância do posicionamento no crescimento e desenvolvimento da criança/jovem.

É de salientar que a avaliação do desenvolvimento da criança, com recurso à escala de *Mary Sheridan* ou *Growing Skills*, é utilizada pela equipa médica e não de enfermagem.

Deste modo, o estágio foi uma experiência de cuidados que me marcou fortemente e que me permitiu desenvolver competências específicas do EEESCJ, cuidando da criança/jovem em situações de especial complexidade, onde tive oportunidade de desenvolver habilidades comunicacionais, relacionais, através da aplicação de atividades promotoras do seu desenvolvimento, tendo em consideração o seu estado clínico, o seu estadio de desenvolvimento e a sua unicidade. Foi uma experiência bastante enriquecedora, e uma mais-

valia para o meu crescimento enquanto futura EEESCJ. Há que salientar que o facto da enfermeira orientadora ser Especialista em Enfermagem de Reabilitação e estar muito desperta para a temática dos posicionamentos, e tudo o que ela envolve, foi sem dúvida um ponto de extrema relevância. Permitiu partilha de experiências, reflexões em conjunto sobre os cuidados prestados, adequação das estratégias a utilizar para prestarmos cuidados de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assembleia Geral das Nações Unidas (1959). *Declaração Direitos da Criança*. Assembleia Geral das Nações Unidas
- Azenha, M., Rodrigues, S., & Galvão, D. (2012). Bullying e a criança com doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*. 6, 45-53.
- Barros, L. (1999). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- De Rouck, S. & Leys, M. (2009). Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit: A review of the literature (1990–2008). *Patient education and counselling*. 76(2), 159-173.
- Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. 4, 2-9.
- Ferrari, R., Alencar, G.B., & Viana, D.V. (2012). Análise das produções literárias sobre o uso do brinquedo terapêutico. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 3(2),
- Ferreira, P. (2012). *Importância dos Serviços de Saúde na Articulação com a Família e Escola da Criança/Adolescente com Doença Crónica*. Universidade da Beira Interior Ciências Sociais e Humanas. Dissertação de Mestrado. Covilhã.
- Festini, F., Occhipinti, V., Cocco, M., Biermann, K., Neri, S., Giannini, C., Galici, V., Martino, M., & Caprilli, S. (2009). Use of non-conventional nurses' attire in a paediatric hospital: a quasi-experimental study. *Journal of Clinical Nursing*. 18(7), 1018-1026.
- Folha, T. (2010). *Paralisia Cerebral na Região de Lisboa e Vale do Tejo: Factores de risco, caracterização multidimensional, inclusão social*. Universidade Nova de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação de Mestrado. Lisboa.
- Hall, C. & Reet, M. (2000). Enhancing the state of play in children's nursing. *Journal of Child Health Care*. 4, 49-54.

- Harrison, T.M. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*. 25(5), 335-343.
- Heinemann, A., Hellström-Westas, L., & Nyqvist, K.H. (2013). Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Paediatrica*. 102(7), 695-702.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).
- Instituto de Apoio à Criança (1998). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf.
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf.
- Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro (2009). Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. *Diário da República I Série*, N.º178 (14-09-2009). 6254-6255.
- Lissauer, T. & Clayden, G. (2007). *Manual ilustrado de pediatria*. (3ª Ed.). São Paulo: Elsevier Editora.
- Lopes, A. F. R., (2013). *Relatório de Estágio*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado. Lisboa.
- Lourenço, M.J., Ferreira, O., & Baixinho, C.L. (2016). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro*. Loures: Lusodidacta.
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5), 472-479.
- Mitre, R. M. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 147-154.
- Mundy, C. (2010). Assessment of Family Needs in Neonatal Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*. 19(2), 156-163.
- Pais, S. & Menezes, I. (2010). A experiência de vida de crianças e jovens com doença crónica e suas famílias. O papel das associações de apoio no seu empoderamento. *Educação, Sociedade & Culturas*. 30, 131-144.

- Pruitt, M., Johnson, A., Elliott, C., & Polley, K. (2008). Parental Presence During Pediatric Invasive Procedures. *Journal of Pediatric Health Care*. 22(2), 120-127.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011). 8648-8653.
- Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011). 8653-8655.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (aut). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 2, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Silva, M. D. A. S., Collet, N., Silva, K. D. L., & Moura, F. M. D. (2010). Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta Paulista de Enfermagem*. 23(3), 359-365.
- Skene, C.; Franck, L.; Curtis, P., & Gerrish, K. (2012). Parental Involvement in Neonatal Comfort Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 41(6), 786-797.
- UNICEF (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança. NY: ONU. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- https://www.narizvermelho.pt/epages/1290-080722.sf/pt_PT/?ObjectPath=/Shops/1290-080722. Acedido em 2017/10/11

**Apêndice III –
Síntese Reflexiva –
Cuidados de Saúde Primários**

Síntese Reflexiva

Cuidados de Saúde Primários

O estágio decorreu no período de 16 de Outubro a 03 de Novembro de 2017. A Unidade de Saúde Familiar (USF), integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Concelho de Cascais, presta cuidados de saúde primários à população da sua área de influência, desenvolvendo atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados de saúde ao indivíduo, família e comunidade ao longo de todo o ciclo vital, e em articulação com outros serviços para continuidade de cuidados.

Tem como missão responder às necessidades e expectativas de saúde das pessoas e das famílias inscritas na USF; procurar a satisfação e o bem-estar dos utentes, com a participação e capacitação de cada pessoa para proteger e promover a sua saúde; ser uma equipa cientificamente atualizada e inovadora na organização; contribuir para a formação de médicos que se estão a especializar em medicina geral e familiar e dos alunos de medicina e de enfermagem.

A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, médicos e administrativas, nomeadamente 5 médicos e 6 enfermeiros. Cada enfermeiro tem cerca de 1800 utentes. A organização dos utentes atribuídos é feita por famílias, ou seja, a cada enfermeiro tem as suas famílias atribuídas. O enfermeiro de família representa uma metodologia de trabalho que, alicerçada numa abordagem sistémica, visa a prestação de cuidados à família, nos vários processos de saúde/doença, ao longo de todo o seu ciclo de vida.

Relativamente ao espaço físico, a sala de espera para as crianças é separada da dos adultos, e tem um espaço físico reservado, com brinquedos para brincarem, assim como os gabinetes apresentam imagens nas paredes e alguns brinquedos com o intuito de promover um ambiente seguro e afetuoso e capaz de diminuir o impacto junto da criança/jovem e família.

Existem diversos programas a serem desenvolvidos, de acordo com o preconizado pelas orientações técnicas da Direção-Geral da Saúde (DGS): Programa de Prevenção e Controlo da Diabetes; Programa de Vigilância da Hipertensão Arterial; Programa de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar; Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e Programa Nacional de Vacinação (PNV).

O PNSIJ, aplicado diariamente na prestação de cuidados, foi desenvolvido pela Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil da DGS em 2013. Em Portugal, os ganhos em saúde têm vindo a aumentar, pelo que a implementação e aplicação sistemática do

PNSIJ é primordial, garantindo a prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequados e eficazes (DGS, 2013). Os objetivos principais do PNSIJ estão orientados para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens e tem como foco de atenção os cuidados antecipatórios; a realização de consultas de vigilância em idades-chave a nível do desenvolvimento físico, psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade, concomitantemente com o esquema cronológico do PNV; a promoção e proteção dos direitos da criança e do exercício da parentalidade; a prevenção das perturbações emocionais e do comportamento; a deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações prejudiciais à saúde da criança; o apoio à responsabilização e à autodeterminação; o trabalho de equipas multiprofissionais e interdisciplinares; e a articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da Saúde. A concretização destes objetivos implica a otimização dos recursos disponíveis. Assim, é fulcral assegurar e otimizar a vigilância adequada da saúde das crianças e jovens reforçando o papel dos pais e outros cuidadores, promovendo o bem-estar familiar. A vigilância em saúde infantil e juvenil deve ser orientada pelas normas, orientações e informações da DGS, tais como a metodologia de execução destas atividades, tendo em consideração as particularidades relativas a cada idade da criança e cada família (DGS, 2013).

A Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil é um momento de triagem, avaliação, intervenção e orientação de situações de perturbação emocional e do comportamento na infância e adolescência, facilitando o diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco e a implementação de estratégias preventivas e terapêuticas (DGS, 2013). Em todas as consultas deve-se avaliar a dinâmica familiar e a rede de suporte socio-familiar, valorizando-se as preocupações da criança/jovem ou dos pais acerca da saúde; intercorrências que surgiram desde a consulta anterior; frequência e adaptação escolar; hábitos alimentares, atividade física e atividades recreativas; dinâmica do crescimento e desenvolvimento; e cumprimento do esquema do PNV (DGS, 2013).

A USF, no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, integra a consulta de vigilância de Saúde Infantil e o PNV. Tanto na Consulta de Saúde Infantil como em contexto de vacinação, os pais, ou familiar prestador de cuidados, acompanham permanentemente a criança. Esta consulta abrange todas as crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 364 dias de vida. É de referir que todos os profissionais de saúde que realizam a consulta de Saúde Infantil são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. A consulta de Saúde Infantil funciona todos os dias, existindo o apoio de vários médicos com a Especialidade de Medicina Geral e Familiar. Em situação de urgência, a

criança é sempre observada pela Enfermeira, sendo realizada uma triagem da situação e posteriormente será observada pelo seu próprio médico, no mesmo horário, ou, caso este não esteja presente, por outro, se possível. A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil é da responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) que coordena e gere o esquema de consultas, de forma oportuna e articulada com a consulta médica e restantes valências multidisciplinares, e de acordo com as idades-chave definidas no PNSIJ. Tendo por base o PNSIJ (DGS, 2013), esta consulta é uma atividade autónoma do enfermeiro e contempla toda a vigilância, acompanhamento e encaminhamento necessários do recém-nascido (RN) até à criança/jovem em idade escolar e família, incluído a vacinação e outras áreas como os exames globais de saúde. Previamente à consulta médica é realizada a consulta de Enfermagem, que contempla para além da avaliação estado-ponderal, a avaliação do desenvolvimento, a promoção de cuidados antecipatórios com base no programa tipo instituído pela DGS – PNSIJ, e é efetuado o registo no sistema informático da USF e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

Neste contexto tive oportunidade de observar e colaborar nas Consultas de Saúde Infantil, através da avaliação desenvolvimento físico, psicomotor, psicossocial e problemas identificados; avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil com base na Escala de Avaliação de Desenvolvimento de *Mary Sheridan*; transmissão de cuidados/orientações antecipatório(a)s à criança e família para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; detetar situações de possível comprometimento da qualidade de vida da criança e do adolescente (perturbações da visão e linguagem, obesidade) e respetivos encaminhamentos; atuar em situações de doenças comuns nas várias idades; validar o cumprimento do PNV e registo no Sistema Informáticos (*MedicineOne*) e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Durante a consulta existe uma preocupação no que respeita aos cuidados antecipatórios e à identificação de possíveis *stressores* existentes. Verifica-se uma prática que incide sobretudo numa perspetiva de prevenção primária no sentido de empoderar os pais de conhecimentos que fortaleçam as linhas flexíveis de defesa e diminuam a possibilidade das crianças se encontrarem com os agentes *stressores*.

Relativamente à avaliação antropométrica, nomeadamente a monitorização do peso corporal, foi descrita pelos pais como importante, uma vez que proporciona um feedback do padrão alimentar do RN/criança. A alimentação durante a infância contribui para um adequado estado de saúde e, consequentemente para um desenvolvimento adequado prevenindo doenças. Desta forma, a dieta deve ser equilibrada e adequada às necessidades nutricionais e idade da criança (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010). Neste sentido, e tendo

em conta a idade da criança, a promoção do aleitamento materno (AM) foi uma realidade, com indicações para o manter em exclusivo até aos 6 meses de vida, respeitando sempre as decisões parentais relativas ao AM (OE, 2010; Levy & Bértolo, 2008; Hockenberry & Wilson, 2014), tendo tido oportunidade de partilhar com os pais dos RN, nas consultas que efetuei, as respetivas recomendações, esclarecer dúvidas e partilhar experiências, uma vez que esta temática está patente na minha prática diária de cuidados, e deste modo permitiu desenvolver a Competência Comum de Enfermeiro Especialista (EE): *“Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1) – Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada (A1.1)”* e *“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2) – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade (D2.1)”* (Diário da República (DR), 2011a). A diversificação alimentar, seja aos 4 meses ou mais tarde (dependendo da manutenção do AM), não só pela introdução de novos alimentos e consequente despiste de possíveis alergias, consiste também num momento de aprendizagem e socialização familiar. Nas consultas foi entregue um folheto sobre a temática.

As recomendações do PNSIJ (DGS, 2013) para executar uma avaliação do desenvolvimento foram um auxílio precioso, no sentido de adquirir conhecimentos sólidos acerca dos parâmetros de desenvolvimento normal; ter presente as situações etiopatogénicas mais comuns, a fim de as poder incluir no diagnóstico diferencial; identificar os fatores de risco para cada criança; durante a anamnese, fazer uma colheita de dados dirigida; observar o comportamento da criança desde que entra até que sai da consulta, incluído o exame físico, e instruir os pais sobre as estratégias promotoras do desenvolvimento infantil em cada etapa. A deteção precoce de eventuais desvios da normalidade no desenvolvimento infantil permite a referenciação atempada para um programa de intervenção multidisciplinar evitando sequelas secundárias. Tal como refere a OE (2010), os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais, sendo da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de enfermagem. Nas consultas fiz a avaliação do desenvolvimento infantil de crianças em diferentes faixas etárias (até aos 5 anos) através da mobilização da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan*. Uma das dificuldades sentidas foi a utilização deste instrumento, mas que foi facilmente ultrapassada com o apoio e disponibilidade do EEESCJ, bem como, pela acessibilidade de informação e acesso à escala integrada nos registos de enfermagem informatizados, que referia os pontos de avaliação e os sinais de alerta. Foi uma aprendizagem

útil, na medida em que adquiri novos conhecimentos sobre a avaliação do desenvolvimento da criança até aos 5 anos, aplicável de forma transversal nos diferentes contextos pediátricos, assim como fiquei mais desperta para identificar possíveis alterações de desenvolvimento. A aplicação deste instrumento permitiu junto da família esclarecer sobre a importância de promover o desenvolvimento e foram informados sobre como poderiam operacionalizar essa promoção, nomeadamente quanto à exploração do ambiente, estimulação da linguagem e desenvolvimento de atividades lúdicas que estimulassem a autonomia progressiva da criança. A família, na sociedade atual, é a célula vital que fortalece o processo de crescimento e desenvolvimento físico, psico, afetivo e social dos seus membros, sendo nos primeiros anos de vida que esta tem influência fundamental no desenvolvimento da criança (Papalia, Olds & Feldman, 2001). Deste modo, e tal como a OE (2010, p. 72) refere, “para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil da criança, o Enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização.” Assim, a aplicação deste instrumento permitiu desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1)”* (DR, 2011b). Neste contexto, foi solicitado pela equipa de enfermagem, e por mim elaborado um elaborado um kit com materiais para avaliação do desenvolvimento, uma vez que na USF não dispunham de alguns dos materiais necessários para efetuar a avaliação do desenvolvimento, o que me permitiu desenvolver a Competência Comum de EE: *“Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (B2)”* (DR, 2011a).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem refere acerca da Promoção da Saúde: a criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família, a criança e/ou o jovem, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (OE, 2011), tais como evidenciado nas consultas de saúde infantil, em que tive a oportunidade de cuidar de

crianças, jovens e suas famílias, proporcionando-lhes momentos de educação para a saúde de acordo com as suas necessidades individuais. O PNSIJ (DGS, 2013) definiu que apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar deverá ser uma meta a atingir pelos profissionais de Saúde Infantil. Uma das estratégias para alcançar este objetivo será a valorização dos cuidados antecipatórios, como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental. Uma alta auto-eficácia para desempenhar as tarefas parentais e estabelecer e manter relações, pode aumentar a satisfação com o papel parental (Hudson, Elek & Fleck, 2001; Nystrom & Ohrling, 2004). Os cuidados antecipatórios abordam temas como a nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados; prática regular de exercício físico; o brincar, e outras atividades de lazer em espaços livres e a gestão do *stress*; medidas de segurança; sono; promoção da saúde oral através de ensinamentos aos pais e crianças sobre a importância da lavagem frequente dos dentes e exemplificação da técnica correta, auxiliando-me de folhetos explicativos fornecidos durante a consulta.

A primeira consulta de Enfermagem ao RN constitui um momento privilegiado de observação da criança e da sua interação com os pais, sendo um momento ideal para transmitir orientações/cuidados antecipatória(o)s aos pais acerca dos cuidados ao filho, nomeadamente acerca da posição de dormir do bebé (como medida de prevenção da Síndrome de Morte Súbita), alimentação do bebé e da mãe (observa-se o momento da amamentação), cuidados ao coto umbilical, avaliação da perda ponderal fisiológica, possibilidade de icterícia neonatal, hábitos intestinais e cólicas, abordagem dos acidentes mais comuns no primeiro ano de vida, devendo ser frisada a importância do Boletim Individual de Saúde da criança. Com estas intervenções visei desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1) – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento (E3.1.3)”* (DR, 2011b). Constatei que durante a consulta existe uma preocupação no que respeita aos cuidados antecipatórios e à identificação de possíveis *stressores* existentes. Verifica-se uma prática que incide sobretudo numa perspetiva de prevenção primária no sentido de empoderar os pais de conhecimentos que fortaleçam as linhas flexíveis de defesa e diminuam a possibilidade das crianças se encontrarem com os agentes *stressores*. Torna-se assim fulcral que o EEESCJ possua uma visão sistémica da família por forma a prevenir situações de desequilíbrio ou rutura do sistema/criança (Neuman & Fawcett, 2010). Para

Meleis (2010) uma das importantes intervenções de enfermagem é a suplementação de papel, que pode ser terapêutica para diminuir ou melhorar a insuficiência de papel, ou pode ser preventiva quando é utilizada como forma de clarificar papéis para as pessoas anteciparem a transição. Exemplo disso, foi, por exemplo, a referência às cólicas abdominais numa primeira consulta do RN, antecipando uma possível situação de crise para a criança e família.

A avaliação da relação emocional pais/criança e o estímulo do exercício adequado das responsabilidades parentais foram intervenções inerentes a todas as consultas. Nas consultas apercebi-me que os enfermeiros realizam intervenções com intuito de promover o empoderamento e capacitação dos pais e o estabelecimento de uma relação de confiança, promotora da saúde, a qual permite e facilita a abertura dos pais para a colocação de dúvidas, tal como preconizam Mundy (2010) e Pereira, Fernandes, Tavares e Fernandes (2011). Com base no conhecimento das necessidades dos pais pode-se realizar educação para a saúde adequada às suas dúvidas e ansiedades, facilitando o desenvolvimento de competências parentais como refere Abela (2007) e Lopes, Catarino e Dixe (2010). No momento da consulta, procura-se que os pais questionem, expressem sentimentos, dúvidas e problemas, e em parceria, identificadas necessidades e otimizadas as potencialidades de desenvolvimento da criança. Assim, foi preocupação constante a satisfação das necessidades individuais de cada pai/família, através da disponibilização de orientações e ensinios individualizados, cujo objetivo foi contribuir para o aumento da segurança e competência parental, essenciais para o desenvolvimento do papel parental de forma mais satisfatória.

Nas Consultas de Saúde Infantil tive a preocupação de ter uma linguagem acessível a toda a população, mas adequada às especificidades de cada família. Antes de dar informação ou fornecer os panfletos aos pais/família, tive sempre o cuidado de procurar saber o que os pais já sabiam, como agiam e quais as dúvidas que tinham. Desta forma ouvi os pais, procurando sossegá-los e validá-los enquanto cuidadores, acreditando nas suas capacidades e competências, agindo e dando apoio em concordância com a realidade que vivem. No contato com a criança/jovem, procurei abordá-lo, de acordo com as diferentes fases de desenvolvimento, nível de compreensão e o seu comportamento, tomando uma postura calma, uma posição ao nível da criança e utilizando linguagem simples, clara e verdadeira, utilizando o brincar como estratégia de comunicação, permitindo desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3.)”* (DR, 2011b). De acordo com Hall e Reet (2000), o uso da brincadeira livre, ou espontânea, para acalmar, comunicar,

tranquilizar e para promover uma relação de confiança com as crianças, é essencial, quer para estas, quer para os profissionais que delas cuidam. O recurso ao brincar terapêutico (brincadeira direcionada ou intencional) também tem benefícios clínicos, quer em termos da avaliação da criança, quer para a informar e preparar para a realização de determinados procedimentos, ou para a ajudar a explorar e a exprimir os seus sentimentos, medos ou receios

O brincar contribui para o estabelecimento de um ambiente de cuidados acolhedor, de confiança e tranquilidade; promove o sentimento de segurança da criança face a um ambiente estranho; permite-lhe divertir-se, promovendo a sua descontração e relaxamento; diminui o *stress* e a ansiedade de separação e afastamento do seu ambiente familiar e social; possibilita à criança exteriorizar a sua irritabilidade e frustração, expressar os seus sentimentos e emoções; estimula a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos outros; permite à criança desenvolver a sua criatividade e imaginação. Constitui assim um instrumento para a preparação da criança para procedimentos invasivos e uma estratégia que possibilita à criança a gestão das suas emoções, perante uma situação emocionalmente intensa. Através do brincar, a criança assume um papel ativo e tem a oportunidade de fazer parte da tomada de decisão, aumentando a sua sensação de autocontrolo (Mitre & Gomes, 2004; Hockenberry & Wilson, 2014).

Tive ainda, durante o estágio, a oportunidade de imunizar crianças de diferentes faixas etárias de acordo com o PNV. A DGS (2013) refere que compete aos profissionais de saúde divulgar o PNV, motivar, esclarecer e incentivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para cumprir o PNV, procurando trabalhar com a família e deste modo desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1) - Implementa e gere em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1)”* (DR, 2011b), na procura de oportunidades para trabalhar com a criança/jovem e família com intuito de adotar comportamentos potenciadores de saúde. A minha experiência no que respeita ao PNV, pelo facto de desempenhar funções numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), era limitada a administração das vacinas da nascença ou dos 2 meses de idade (especialmente no caso de RN prematuros). Porém, apesar de conhecer o esquema preconizado e as vacinas extra PNV, tive a oportunidade de conhecer, observar e compreender as especificidades da administração de cada vacina por si e o seu esquema associado, mas também as orientações de cuidados em situação de reação secundária às vacinas. Ao vacinar e, concomitantemente, realizar os respetivos cuidados antecipatórios aos pais, permite-lhes vigiar e reconhecer alterações na criança/jovem e partilhar informações,

capacitando os pais e promovendo a sua responsabilidade parental (Reis, Rempel, Scott, Brady-Fryer & Aerde, 2010; DGS, 2013). Desta forma, estas atividades permitiram-me desenvolver, no domínio da prestação de cuidados especializados, a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3)”* (DR, 2011b).

O momento da vacinação torna-se, tanto para a criança como para os pais, um momento stressante e angustiante, pois este é um procedimento invasivo e doloroso, e é frequente pais e crianças/jovens manifestarem alguns sinais de desconforto. Esta questão é reconhecida pela equipa. A presença dos pais é permitida sendo que é prática comum a administração de vacinas ao colo dos mesmos, com intuito de diminuir os fatores de *stress* e de possibilitar uma mediatização das queixas entre os pais e os prestadores de cuidados (OE, 2013). Sempre que se trate de crianças em idade pré-escolar existe o recurso à brincadeira terapêutica, através de brinquedos do próprio ou de brinquedos disponíveis na sala. Era concedido tempo à criança/jovem para que verbalizasse os seus medos e preocupações, preparando-a de seguida para o procedimento a realizar, valorizando a dor no sentido de a controlar, recorrendo com frequência à distração, brincadeira, imagem guiada e respiração. Foi realizado reforço positivo às crianças/jovens após a vacinação, promovendo o elogio e a recompensa, através de desenhos ou autocolantes. Quando se tratam de RN ou lactentes, a administração de vacinas é feita ao colo dos pais com recurso a mama, em caso da mãe, (se AM) ou recurso à chucha, para que se sentisse aconchegado e contido, tal como refere Linhares e Doca (2010) e a OE (2010, 2013). Envolvia, sempre que possível, os pais/família nesses mesmos cuidados. Os pais foram sensibilizados sobre os comportamentos que poderiam minimizar a ansiedade da criança/jovem antes, durante e após o procedimento, tendo em conta as suas fases de desenvolvimento. Planear um procedimento com a criança/jovem e com os pais/acompanhante, explicar a importância desse procedimento e solicitar a opinião e colaboração dos intervenientes promove uma atmosfera de respeito mútuo, que pode resultar numa maior cooperação na execução do procedimento (Schechter et al., 2007). Assim procurei aplicar as referidas medidas de gestão da dor e do bem-estar da criança/jovem, para diminuir o impacto da dor durante a realização da vacinação, e deste modo desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: *“Cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2)”* (DR, 2011b).

Segundo a OE (2013) o posicionamento adequado da criança é uma estratégia utilizada na redução da ansiedade, dor e desconforto associada a procedimentos dolorosos,

como o caso da vacinação. Deste modo, “A combinação do posicionamento adequado com a presença dos pais ou pessoa significativa e com a utilização de estratégias de distração favorecem a realização do procedimento em condições de segurança e beneficiam a experiência das pessoas envolvidas, particularmente da criança” (Curado et al., 2016, p. 255). Foram observados alguns posicionamentos durante a vacinação, nomeadamente, o abraço sentado, abraço semideitado e abraço deitado, como descrito na literatura (Curado et al., 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, A. (2007). *Parenting in contemporary Europe: a positive approach* (Vol. 2). Council of Europe.
- Curado, M.A.S., Malheiro, M.I.D.C., Paixão, M.J.G., Vasconcellos, M.T., Gonçalves, D.C., Carreira, F.G., & Candeias, S.M. (2016). Posicionamentos associados a procedimentos em pediatria. In Lourenço, M.J., Ferreira, O. & Baixinho, C.L. (Coords). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp.255-277). Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Hall, C., & Reet, M. (2000). Enhancing the state of play in children's nursing. *Journal of Child Health Care*. 4, 49-54.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).
- Hudson, D. B., Elek, S. M., & Fleck, M. O. (2001). FIRST-TIME MOTHERS'AND FATHERS'TRANSITION TO PARENTHOOD: Infant Care Self-Efficacy, Parenting Satisfaction, and Infant Sex. *Issues in comprehensive pediatric nursing*. 24(1), 31-43.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF.
- Linhares, M. B. & Doca, F. N. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*. 18(2), 307 – 325.
- Lopes, S.O.C., Catarino, H., & Dixe, M.A. (2010). Parentalidade positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. Referência – Revista de Enfermagem. 3(1).

- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mitre, R. M. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 147-154.
- Mundy, C. (2010). Assessment of Family Needs in Neonatal Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*. 19(2), 156-163.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2010). *The Neuman Systems Model*. (5ªed). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Nyström, K. & Öhring, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *Journal of advanced nursing*. 46(3), 319-330.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Papalia, E., Olds, W., & Feldman, D. (2001). *O Mundo da Criança* (8ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*. 12(14), 1-7.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011). 8648-8653.
- Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011). 8653-8655.
- Reis, M.D., Rempel, G.R., Scott, S.D., Brady-Fryer, B.A., & Aerde, J.V. (2010). Developing Nurse/Parent Relationships in the NICU Through Negotiated Partnership. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 39(6), 675 – 683.
- Schechter, N. L., Zempsky, W. T., Cohen, L. L., McGrath, P. J., McMurtry, C. M., & Bright, N. S. (2007). Pain reduction during pediatric immunizations: evidence-based review and recommendations. *Pediatrics*. 119(5), e1184-e1198.

**Apêndice IV –
Síntese Reflexiva –
Serviço de Urgência de Pediatria**

Síntese Reflexiva

Serviço de Urgência de Pediatria

O estágio decorreu no período de 6 a 24 de Novembro de 2017. O Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) admite crianças e jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 364 dias, provenientes de qualquer zona do País e com diversas patologias. Estas são admitidas no SUP, internadas em Sala de Observação de Pediatria (SOPed), Sala de Vigilância, Sala de Aerossóis, Sala de Pequena Cirurgia ou em situação emergente na sala de reanimação. É preocupação dos profissionais deste serviço prestarem cuidados à criança/jovem sem nunca se descuidar a presença e participação dos pais.

Durante o estágio foram realizados turnos em contexto de Triagem, Sala de Tratamentos e na SOPed, de forma a adquirir conhecimentos acerca da dinâmica e dos cuidados prestados nos vários sectores do SUP. A equipa de Enfermagem é comum a todos estes setores, divididos em equipas com horário rotativo.

A ida da criança/jovem ao SUP caracteriza-se por um episódio isolado, que tem como objetivo a procura de assistência médica de uma forma descontinuada e em situação aguda (Fernandez, 1996), que causa uma alteração na rotina de vida da criança/jovem e família e aumenta o seu *stress* e ansiedade (Faquinello, Higanashi & Marcon, 2007; Silva, Collet, Silva & Moura, 2010). Constatei, ao longo do estágio, que a maioria das situações clínicas eram agudas e recentes. No entanto, também pude constatar que algumas das crianças/jovens que recorriam ao SUP sofriam de patologias crónicas de base, recorrendo ao SUP por destabilização do quadro clínico, ou por situações agudas que agravavam o seu estado de saúde. Pude também verificar que noutras situações, o utente pediátrico deslocava-se à urgência, nem sempre com necessidade de cuidados urgentes, mas, algumas vezes, por ser o recurso mais acessível e que dava uma resposta mais imediata à sua necessidade. Aquando da ida ao SUP, a criança/jovem é afastada do seu ambiente familiar e dos seus objetos pessoais e significativos, o que torna o ambiente hospitalar potencialmente stressante, e que pode afetar negativamente o seu estado psicológico e emocional (Carvalho & Begnis, 2006), pelo que é importante que a instituição hospitalar promova espaços adequados às suas necessidades, como foi possível constatar neste SUP uma vez que o espaço físico apresentava pinturas nas paredes que remetem para o universo infantil, sendo promotor de um ambiente afetuoso e na SOPed existe uma televisão que permite as crianças verem desenhos animados e têm alguns brinquedos para estas brincarem, e os enfermeiros utilizam fardas coloridas e com desenhos.

Quando a criança/jovem recorre ao SUP pode ser sempre acompanhada por um dos pais e/ou representante legal durante 24h. Quando fica internada em SOPed, durante o dia podem permanecer ambos os pais, mas durante o período noturno apenas um dos progenitores. Deste modo, a presença dos pais junto da criança/jovem reduz a sua ansiedade e medo, dá conforto e apoio, retira as dúvidas dos pais em relação aos cuidados e esforços realizados (Pruitt, Johnson, Elliott & Polley, 2008; American Association of Critical Care Nurses, 2010; Oman & Duran, 2010; Emergency Nurses Association, 2012) e está de acordo com a legislação dos Direitos da Criança, artigo 9º, que refere que a criança não pode ser separada dos pais se não for essa a sua vontade (UNICEF, 1989), e pela Carta dos Direitos da Criança Internada, artigo 2º, que refere que a criança/jovem tem direito a ter sempre os seus pais, ou substitutos, junto a si, independentemente da sua idade ou estado de saúde (Instituto de Apoio à Criança (IAC), 2008), e em concordância com a filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF).

O primeiro contacto da criança/jovem e família com o enfermeiro é no gabinete de Triagem, local onde se faz a primeira avaliação da situação da criança/jovem. A triagem é

“(...) o primeiro contato visual que temos com a criança e com os pais, é onde devemos aproveitar para iniciar um contato acolhedor transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que ali são bem-vindos, mostrando máxima disponibilidade. É o primeiro passo para incutir nos pais o sentimento de confiança na equipa multidisciplinar.” (Fernandes, sd, p.1).

É um momento primordial durante o qual o enfermeiro inicia a sua avaliação da criança/jovem e é estabelecida uma prioridade no atendimento, aplicando o sistema de Triagem Básica (Não Urgente ou Urgente) utilizado neste SUP. Este é também o primeiro momento de contato entre o profissional de saúde e a criança/jovem e família, devendo o enfermeiro adotar uma postura de disponibilidade, empatia e estabelecer um ambiente de confiança e cordialidade para que os pais e crianças/jovens possam exteriorizar e verbalizar com mais confiança as suas preocupações, medos e receios. Assim, para além da avaliação da criança/jovem, os curtos minutos que devem durar a triagem são também eles minutos de acolhimento que representam o início da relação terapêutica enfermeiro/criança/família, em que o enfermeiro identifica os *stressores* geradores da crise (intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais) causadores de desequilíbrio no sistema cliente, permitindo atribuir uma cor que corresponde ao grau de gravidade (prioridade), e inicia a criação de um ambiente terapêutico e afetivo, facilitando a comunicação com a criança/jovem e família, permitindo um envolvimento seguro, construtivo e compreensivo (Jansen, Santos & Favero, 2010). É um dos momentos em que se privilegia a comunicação com os pais, e que permite dar respostas,

tentando diminuir a ansiedade, as dúvidas e os medos que os pais demonstram (Andrade, Carvalho, Fernandes & Casanova, 2008).

Durante o estágio tive oportunidade de observar e participar na triagem, na qual se procurava identificar a causa de ter recorrido ao SUP, colocando-se questões abertas, simples e claras na tentativa de entender toda a situação, contexto e história da criança, dando oportunidade para que a criança/jovem e o acompanhante pudessem expor as suas ansiedades e queixas.

Pelas suas especificidades e atendendo ao seu objetivo, ou seja, o estabelecimento de prioridades tendo em vista a avaliação do tipo de cuidados necessários e a determinação da área de tratamento para onde encaminhar a criança/ jovem e família, o Enfermeiro de Triagem tem a capacidade de tomar decisões rapidamente, pautadas por uma conduta dinâmica e princípios de boa comunicação e empatia. Uma comunicação eficaz com a família, de modo a compreender a situação de saúde, facilitar o esclarecimento de dúvidas, diminuir a ansiedade e o medo é imperativa em qualquer local, mas num serviço de urgência, local onde a criança, jovem e família vivem momentos de grande *stress*, é imperativa.

Assim, ao finalizar a triagem e antes de terminar este momento de contacto constatei que era fornecida à família informação referente à prioridade dada à situação de saúde da criança/jovem, sobre o que os pais deveriam fazer em caso de agravamento do seu estado de saúde ou como deveriam proceder junto da criança durante o tempo de espera. Deste modo, pretende-se que os pais, de forma autónoma, sejam capazes de vigiar a criança/jovem e reconhecer nela alterações no seu comportamento “normal”, partilhando responsabilidades no cuidado e comprometendo-me a estar disponível e a dar uma resposta rápida em caso de agravamento do seu estado clínico, procurando deste modo promover o emponderamento e a capacitação parental, como defende De Rouck e Leys (2009) e Pereira, Fernandes, Tavares e Fernandes (2011). Constatei ainda que alguns pais não administravam terapêutica antipirética antes de chegarem ao SUP, e nestas situações, o enfermeiro demonstrou como os pais deveriam proceder numa situação futura semelhante e que tipo e dose de medicação administrar, contribuindo assim para a mudança futura do comportamento dos pais, promovendo a sua autonomia e segurança.

Face á inexperiência neste contexto foi imperativo adquirir previamente um conhecimento teórico e prático mais abrangente, dada a diversidade de situações que recorrem ao serviço. Para tal, a consulta e leitura de diversa bibliografia permitiram que adquirisse bases teóricas e práticas para prestar cuidados holísticos à criança/jovem e família, e assim, juntamente com a participação na Triagem, pude desenvolver a Competência Específica de

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ): *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1) - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (E1.2)”* (Diário da República (DR), 2011b).

Quando a criança/jovem necessita de ficar sob observação por um período de 24 a 48 horas, esta fica internada na SOPed, e posteriormente tem alta ou é transferida para outro serviço. Esta consiste numa unidade de internamento de curta duração. Apresenta cortinas que individualizam as unidades, garantindo desse modo a privacidade. Dispõe de uma sala de Enfermagem com vidros amplos de onde se pode observar visualmente todas as unidades. É o local onde a criança/jovem permanece para estabilização do quadro clínico, ou esclarecimento de diagnóstico, recobro de algumas cirurgias e crianças/jovens que necessitem de uma vigilância mais frequente. Na SOPed os pais ou outros cuidadores podem acompanhar a criança, sendo que à noite permanece apenas um acompanhante. Quando admitidas é realizado um acolhimento à criança/jovem e pais/família, explicando o funcionamento da mesma, e garantindo e reforçando a importância da presença dos pais, possível durante 24 horas, e da sua colaboração nos cuidados prestados à criança/jovem. Durante este momento, o acolhimento, foi possível constatar que os pilares centrais da prática de cuidados fundamentam-se na filosofia dos CCF, nomeadamente a transmissão de informação clara e honesta, a demonstração de interesse pelas preocupações da família com a criança/jovem e a ajuda a lidar com sentimentos de culpa e fracasso, tranquilizando os pais e ao mesmo tempo capacitando-os para poderem voltar à sua posição de controlo e de tomada de decisão. O medo, a ansiedade e a frustração são sentimentos comumente expressos pelos pais de crianças/jovens internadas (Sanders, 2014) que podem estar relacionados com o desconhecimento sobre a situação de saúde, dor e procedimentos que possam ser submetidas, assim como a resolução da situação de crise. Podem ainda ocorrer devido à falta de informação sobre o tratamento e procedimentos, sobre o ambiente desconhecido e as regras do serviço, ou mesmo, devido a uma equipa pouco acolhedora que dificulte a sua participação ou a colocação de perguntas, como refere Sanders (2014). Foi assim possível constatar que a intervenção do EEESCJ tem impacto sobre o modo como a criança e pais vivenciam este momento de crise. Observei e colaborei no acolhimento e na prestação de cuidados na SOPed, e a filosofia dos CCF é a base do mesmo, uma vez que o enfermeiro procura e preocupa-se com o momento que a criança/jovem e família estão a vivenciar, transmite informações sobre o que é esperado incentiva os pais a participar nos cuidados, levando os pais a sentirem-se

parte integrante dos cuidados (Sanders, 2014), tendo assim desenvolvido a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3)”* (DR, 2011b).

No mesmo espaço (SOPed) estavam internados bebés, crianças e jovens e, aquando da admissão de um adolescente pude constatar a intervenção e a promoção de um ambiente adequado à sua faixa etária, nomeadamente, através da facilitação da utilização do telemóvel e outros *gadgets* que permitiram que o adolescente tivesse uma menor quebra na rotina e estilo de vida e que não fosse privado do contato com o seu mundo social. Reconhecer estas intervenções permitiu desenvolver a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) - Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (E3.4)”* (DR, 2011b).

Na Sala de Tratamentos e Pequena Cirurgia os procedimentos técnicos foram a prática de cuidados mais observada e praticada. A maioria dos cuidados prestados eram baseados na filosofia dos cuidados não traumáticos que são prestados através de intervenções que eliminam ou minimizam o desconforto da criança/família, tanto físico como psicológico, tendo como principal objetivo não causar dano, que pode ser alcançado, prevenindo ou minimizando a separação da criança e família, promovendo sentimentos de controlo e prevenindo ou minimizando a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Wilson, 2014). O enfermeiro desempenha um papel fulcral na promoção do bem-estar da criança, jovem e família. É fulcral identificar as fontes de ansiedade causada, por vezes, pelo medo do desconhecido, da separação, dos procedimentos realizados, promovendo estratégias de bem-estar, aliviando o sofrimento e o impacto do processo de hospitalização (Lopes, 2013). A prática de cuidados não traumáticos recruta um conjunto de intervenções primárias, que fortalecem as linhas flexíveis de defesa e que contribuem para o equilíbrio do sistema. A prevenção e o alívio da dor é um pilar fundamental no Cuidar em Enfermagem em Pediatria, contribuindo assim o enfermeiro para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Os procedimentos invasivos, nomeadamente a punção venosa, entre outros, são realizados na Sala de Tratamentos e/ou na unidade na SOPed. Constatei que utilizam estratégias não farmacológicas para alívio da dor, tais como a brincadeira terapêutica. No entanto, apesar de saberem os benefícios inerentes ao uso das estratégias de alívio e prevenção da dor durante procedimentos dolorosos, verifiquei que algumas destas estratégias não farmacológicas por vezes não são colocadas em prática, nomeadamente o uso de Creme de Lidocaína e Prilocaína (EMLA®) para punções venosas ou o recurso ao colo dos pais. Surgiu-me então a

necessidade de compilar todas as estratégias num poster intitulado “Estratégias de Prevenção e Alívio da Dor em Procedimentos Dolorosos”, para sistematizar as intervenções adequadas a cada estágio de desenvolvimento, permitindo a minha aprendizagem e sensibilizar a equipa de enfermagem para as diferentes intervenções não farmacológicas de alívio da dor na criança/jovem passíveis de serem implementadas. De facto, Schechter, Berde e Yaster (2003) referem que os Enfermeiros estão pouco despertos para as vantagens e benefícios da utilização deste tipo de estratégias nos cuidados às crianças, como nem procuram recorrer à sua utilização. Assim de acordo com o regulamento das competências torna-se fulcral o enfermeiro fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, otimizando as respostas através da aplicação de conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança e garantindo a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor (DR, 2011b). Procurei, durante os procedimentos dolorosos/invasivos que efetuei concretizar a aplicação destas medidas, nomeadamente através da promoção do controlo físico e ambiental da criança/jovem e através da preparação da criança/jovem e família para os procedimentos invasivos, o incentivo à presença dos pais, a distração, atividade lúdica, manutenção de um ambiente calmo e tranquilo. Mobilizei conhecimentos relacionados com a temática das técnicas distrativas e não farmacológicas em termos da prevenção da dor em procedimentos dolorosos, tendo tido oportunidade de recorrer a algumas técnicas distrativas no decorrer da realização dos mesmos, nomeadamente nas idades pré-escolar e escolar: a distração, o relaxamento, as técnicas de autocontrolo (respiração profunda), o brincar, a atribuição de reforços positivos antes, durante e no final dos procedimentos (contratos de comportamento - atribuição de autocolantes), permitindo desenvolver a Competência Específica do EEESCI: “*Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2)*” (DR, 2011b).

Tal como referido em casos de vacinação (estágio de Cuidados de Saúde Primários - CSP), e de acordo com as recomendações da OE (2013), também no SUP, o posicionamento adequado da criança é uma estratégia utilizada na redução da ansiedade, dor e desconforto associada a procedimentos dolorosos. Assim “A combinação do posicionamento adequado com a presença dos pais ou pessoa significativa e com a utilização de estratégias de distração favorecem a realização do procedimento em condições de segurança e beneficiam a experiência das pessoas envolvidas, particularmente da criança” (Curado et al., 2016, p. 255), pelo que procurei durante alguns procedimentos estimular, entre outros, o colo dos pais (abraço) durante procedimentos dolorosos, tais como a punção venosa ou administração de

intramusculares (abraço-deitado). Foi observado que no sistema de registros aparece um item para avaliar o posicionamento do RN, criança e jovem.

Em situações em que eram RN e lactentes internados em SOPed, houve uma partilha de saberes, uma vez que detinha conhecimentos na área, por ser a área em que presto cuidados, o que foi fundamental para o crescimento pessoal e profissional. Permitiu para além da partilha de saberes, compreender novas e diferentes abordagens multidisciplinares e deste modo desenvolver a Competência Comum de Enfermeiro Especialista (EE): *“Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1) - Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada (A1.1)”* (DR, 2011a).

O estágio no SUP permitiu desenvolver capacidades comunicacionais com a criança/jovem e família num momento de crise em que vivenciam sentimentos de perda, medo e sofrimento, pelo que o enfermeiro deve desenvolver competências de forma a dar uma resposta adequada a todas essas emoções e simultaneamente dar uma resposta possível a si mesmo. Tive oportunidade, junto da criança e jovem, utilizar a comunicação verbal e não-verbal mais adequada a cada idade e estadio de desenvolvimento, com discurso simples e claro, e utilizando o brincar terapêutico como estratégia facilitadora. Tive sempre o cuidado de apresentar-me quando conhecia a família e prestava os cuidados e, juntamente com enfermeira orientadora, explicar os procedimentos/tratamentos a realizar, a terapêutica a administrar e o seu propósito, esclarecer dúvidas e encaminhar para outros recursos, no caso de crianças que aguardavam pela realização de exames. Procurei, junto dos pais, valorizar as suas emoções, dúvidas e preocupações, colaborando na preparação dos pais em todo o processo de hospitalização e confortando-os. Estas intervenções permitiram desenvolver a Competência Específica do EEES CJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3)”* (DR, 2011b).

Durante o estágio tive a oportunidade de observar e colaborar com a equipa multidisciplinar numa situação de risco de vida de uma criança, vítima de intoxicação medicamentosa. Constatei a importância de reconhecer uma situação de risco de vida e do modo como a equipa multidisciplinar atuou. Foi assim importante também aprofundar conhecimentos sobre avaliação da criança/jovem em situação de urgência e emergência e em situação de instabilidade através de pesquisa bibliográfica, situações práticas e reflexão com o orientador. Apesar de ser uma situação isolada permitiu desenvolver a Competência Específica do EEES CJ: *“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial*

complexidade (E2) - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados (E2.1)” (DR, 2011b).

Os *stressores* da hospitalização incluem assim a separação dos pais; o medo do desconhecido; a perda de controlo e autonomia; a lesão corporal, que resulta em desconforto, dor e mutilação; e o medo da morte. A idade e estadió de desenvolvimento da criança, as experiências anteriores de doença, separação, ou hospitalização; os seus mecanismos de defesa, a gravidade do diagnóstico e o sistema de apoio disponível influenciam as reações da criança/jovem e família a estas crises (Hockenberry & Wilson, 2014). O enfermeiro tem assim um papel fulcral ao observar, analisar e iniciar intervenções que reduzam o impacto desses *stressores*.

A importância conferida pelos profissionais de enfermagem face à formação em serviço e atualização de conhecimentos, criou a oportunidade de desenvolver no serviço uma formação em serviço sobre o “Posicionamento do RN no Serviço de Urgência de Pediatria”. Esta formação visou sensibilizar a equipa para a importância do posicionamento do Recém-Nascido (RN), tanto em berço como para procedimentos dolorosos, partilhar estratégias de atuação e dar a conhecer os princípios orientadores do posicionamento terapêutico, com intuito de incentivar a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Foi ainda elaborado um poster “Posicionamento do Recém-Nascido”, que foi afixado na sala de enfermagem da SOPed e na Sala de Tratamentos, de acordo com a indicação da Chefia. A pedido da Chefia foi elaborada a norma de procedimento “Posicionamento do Recém-Nascido (0-28 dias)”, de acordo com o esquema das normas da instituição, com o objetivo de uniformizar as intervenções de enfermagem no posicionamento terapêutico do RN (0-28dias) e contribuir para uma maior eficácia na actuação da equipa de enfermagem no posicionamento terapêutico do RN com contributo para a melhoria contínua dos cuidados. Estas actividades desenvolvidas permitiram desenvolver as Competências Comuns de EE: “*Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1) - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade (A1.3)*”, “*Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (B2)*” e “*Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2) - Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade (D2.1)*” (DR, 2011a)..

Durante este estágio tive ainda a oportunidade de participar no Seminário “Promover a Felicidade: Um Desafio da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria” realizado nos dias 8 e 9

de Novembro de 2017, o que permitiu adquirir conhecimentos sobre a importância das emoções em todos os contextos de contextos e idades da criança e jovem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Association of Critical Care Nurses (2010). *Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures. Practice Alert*. American Association of Critical Care Nurses.
- Andrade, T., Carvalho, F., Fernandes, A., & Casanova, C. (2008). Triagem de Manchester na idade pediátrica – Estudo Inter-hospitalar. *Nascer e Crescer*. 17(1), 16-20.
- Carvalho, A.M. & Begnis, J.G. (2006) – Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. *Psicologia em Estudo*. 11(1), 109-117.
- Curado, M.A.S., Malheiro, M.I.D.C., Paixão, M.J.G., Vasconcellos, M.T., Gonçalves, D.C., Carreira, F.G., & Candeias, S.M. (2016). Posicionamentos associados a procedimentos em pediatria. In Lourenço, M.J., Ferreira, O. & Baixinho, C.L. (Coords). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp.255-277). Loures: Lusodidacta.
- De Rouck, S. & Leys, M. (2009). Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit: A review of the literature (1990–2008). *Patient education and counselling*. 76(2), 159-173.
- Emergency Nurses Association (2012). Clinical Practice Guideline: Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation. *Emergency Nursing Resources Development Committee*.
- Faquinello, P., Higanashi, I.H., & Marcon, S.S. (2007). O atendimento humanizado em Unidade Pediátrica: Percepção do Acompanhante da Criança Hospitalizada. *Texto & Contexto Enfermagem*. 16(4).
- Fernandes, D. (sd). O atendimento à criança na Urgência Pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na%20Urg%C3%Aancia%20Pedi%C3%A1trica,%20Dino%20Fernandes%20Enfermeiro%20EESIP.pdf.
- Fernandez, J.B. (1996). Urgencias de Pediatria: buscando una atención más especializada. *An Esp Pediatr*. 44, 312-316.

- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. 4ª Ed. Lisboa: Grupo Medinfar.
- Jansen, M.F., Santos, R.M., & Favero L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 31(2).
- Lopes, A. F. R., (2013). *Relatório de Estágio*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado. Lisboa.
- Oman, K.S. & Duran, C.R. (2010). Health care providers' evaluations of family presence during resuscitation. *Journal of Emergency Nursing*. 36(6), 524-533.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011). 8648-8653.
- Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011). 8653-8655.
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*. 12(14), 1-7.
- Pruitt, M., Johnson, A., Elliott, C., & Polley, K. (2008). Parental Presence During Pediatric Invasive Procedures. *Journal of Pediatric Health Care*. 22(2), 120-127.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (aut). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 2, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Schechter, N. L., Berde, C. B., & Yaster, M. (Eds.). (2003). *Pain in infants, children, and adolescents*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Silva, M. D. A. S., Collet, N., Silva, K. D. L., & Moura, F. M. D. (2010). Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta Paulista de Enfermagem*. 23(3), 359-365.
- UNICEF (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. NY: ONU.

Síntese Reflexiva

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O estágio decorreu em dois contextos de cuidados similares, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), no período de 27 de Novembro de 2017 a 09 de Fevereiro de 2018. Ambos os contextos são unidades de referência em cuidados perinatais (nível 3), que recebem recém-nascidos (RN) desde as 24 semanas, ou seja, prematuros extremos – limite considerado viável para o nascimento com percentagem de sobrevivência sem sequelas de 50%, de acordo com os Consensos em Neonatologia - até às 42 semanas de gestação.

No primeiro estágio, de 27 de Novembro a 8 de Dezembro de 2017, esta UCIN presta suporte a múltiplas especialidades médico-cirúrgicas. Foi unidade pioneira, desde Janeiro de 2010, no tratamento da encefalopatia hipóxico-isquémica, um quadro muito grave de asfíxia neonatal, utilizando a técnica inovadora de Hipotermia Induzida, técnica inovadora, sem risco acrescido, que consiste no arrefecimento controlado da temperatura corporal do RN, que atinge os 33,5°C durante 72 horas, período no qual o RN fica sempre posicionado em decúbito dorsal, sem possibilidade de alternância de decúbitos, e sem equipamentos de apoio ao posicionamento para facilitar o controlo da temperatura corporal, o que aumenta em grande escala o risco de lesões derivadas da imobilidade. Nesta técnica é mandatória a imobilização da criança durante 72 horas em decúbito dorsal. Destaca-se o risco de ocorrência de úlcera por pressão na região occipital, pelo que por vezes, é utilizada uma almofada de gel a proteger a pressão da cabeça exercida sobre a superfície de apoio e, com manipulação mínima é feita a hidratação da pele com recurso a creme hidratante.

Constatei que neste primeiro contexto de estágio existem características estruturais e de funcionamento que se mostraram impeditivas para a aplicação prática dos pilares dos cuidados pediátricos e promotores do desenvolvimento do RN. A UCIN inaugurada na década de 50, tem sofrido alterações, na sua estrutura física e organizacional, e a nível de aquisição de recursos materiais inovadores. No entanto, essas alterações não têm acompanhado a evolução das orientações internacionais, pelo que o espaço físico está desatualizado e sobrelotado e a necessitar de reestruturação para melhor responder às necessidades do RN, família e profissionais. Em relação ao ambiente, a UCIN é munida de tecnologia de ponta, a que inevitavelmente se associam, elevados níveis de intensidade luminosa e de ruído. A sobrecarga tecnológica, o *design* arquitectónico (de pequenas dimensões, sem individualidade entre as unidades dos RN), a gravidade de situações clínicas e as particularidades das equipas

multidisciplinares que coexistem em simultâneo, originam elevados níveis de *stress* físico, motor e comportamental no RN e família. A presença dos pais e a sua interação com o filho são restritas e envolvem regras, que muitas vezes limitam a interação sócio-afectiva dos bebés com a família. Em situação de emergência, devido às condicionantes do espaço físico, a família é afastada, por vezes por múltiplos períodos e muito prolongados. No entanto, seguindo a equipa de enfermagem, tem-se procurado mudar práticas, com intuito de prestar cuidados individualizados e promotores do desenvolvimento do RN.

Durante este estágio tive a oportunidade de assistir a duas ações de formação, nomeadamente “Avaliação de conhecimentos sobre feridas em Recém-Nascidos” e sobre “Atuação em situação de emergência (incêndios)”. Estas duas formações foram importantes momentos formativos que permitiram desenvolver a Competência Comum de Enfermeiro Especialista (EE): *“Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1) – Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática (B1.2)”* (Diário da República (DR), 2011a). Deste modo, beneficiei do debate e da atualização de conhecimentos, pelo que pude transpor a informação recolhida para o meu contexto da prática na UCIN. O estágio permitiu partilhar saberes e práticas relativamente aos cuidados prestados nas duas unidades. Gostaria de salientar que as práticas relativas ao posicionamento constatei que comparativamente com a UCIN onde presto cuidados, têm menos materiais, mas utilizam outras estratégias para um posicionamento adequado e mantendo os princípios da contenção, flexão, alinhamento à linha média.

A UCIN onde presto cuidados é uma Unidade de Apoio Perinatal Diferenciado (nível 3) que presta cuidados a todos os RN que nascem no hospital ou são referenciados e transferidos através do sistema do INEM a partir das 24 semanas de gestação. Esta UCIN respeita na íntegra os artigos da Carta da Criança Hospitalizada e as recomendações nacionais e internacionais que servem de orientação para prestar cuidados de qualidade e humanizados. O espaço do serviço é promotor da segurança, conforto e afetuoso, nomeadamente através da arquitetura, no qual existem janelas para o exterior e que permitem controlar a luminosidade, espaços amplos entre as unidades das crianças, sala de descanso para os pais, a decoração do ambiente (cores claras, desenhos nas paredes e frases de músicas infantis), o projeto paisagístico (janelas viradas para o rio) e até a escolha criteriosa dos materiais lúdicos (com brinquedos adequados como os polvos) e de trabalho (material de posicionamento, incubadoras, berços, cadeirões para cada família...), foram concebidos com intuito de prestar cuidados de qualidade, individualizados e não traumáticos, num ambiente acolhedor. Este

ambiente afetuoso e acolhedor permite reduzir o medo e a angústia, diminuir o impacto tecnológico, promover o desenvolvimento infantil e facilitar a comunicação entre pais e profissionais. Reconhecer este ambiente terapêutico e seguro permitiu desenvolver a Competência Comum do EE: *“Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (B3) - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo (B3.1)”* (DR, 2011a). Este ambiente está também preconizado no Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal (Altimier & Phillips, 2013).

O nascimento de um filho é considerado um momento de transição no ciclo de vida individual e familiar, destacando-se pela característica única da irreversibilidade (Cruz, 2013). Com o nascimento de um filho a identidade do casal desenvolve-se assumindo assim uma nova dimensão – a de pais (Pereira, 2009). A parentalidade refere-se à maternidade e à paternidade e engloba as dimensões biológicas, afetivas e educacionais (Pereira, 2009), onde são desenvolvidas um conjunto de ações pelas figuras parentais junto dos seus filhos de modo a potenciarem o seu pleno desenvolvimento, tendo em conta os recursos da família e da comunidade em que se encontra inserida. É uma condição permanente em constante transformação pois cada estadio de desenvolvimento do filho exige aos pais uma adaptação a nível das suas expectativas, emoções, comportamentos e preocupações (Cruz, 2013). No caso da Neonatologia, este momento de vinculação e transição é dificultado pelo nascimento prematuro ou pela necessidade de internamento do RN por motivos de doença. O RN ao nascer, se fisiologicamente instável ou imaturo é imediatamente separado da mãe e rodeado por equipamentos altamente especializados, que se tornam numa barreira física, psicológica e emocional à vinculação. Esta separação aliada à imaturidade e, por vezes, risco de sobrevivência, pode afetar ainda mais o processo de vinculação e é um momento de grande crise para os pais, podendo afetar os comportamentos, relações e funções dos elementos da família (Jorge, 2004; Cruz, 2013; Meleis, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014; Gibbs, 2015), na medida em que os pais podem sentir-se inseguros, tristes, receosos e culpabilizados pelo nascimento prematuro e pela dificuldade em prestar cuidados ao RN (Tavares, Mota & Magro, 2006; Mercer, 2004; Sousa, Araújo, Costa, Carvalho & Silva, 2009). A admissão na UCI é um evento stressante, configurando-se como um dos maiores desafios na vida dos pais, na medida em que estes experienciam elevados níveis de *stress*, ansiedade e depressão (Costa, 2003; Dyer, 2005; Nicolaou & Glazebrook, 2008; Mills et al., 2014) e, que pode tornar-se mais severo quanto maior for a ameaça à vida e/ou risco de morte, distanciamento

do domicílio e comunidade, falta de experiência e controlo sobre a situação (Peebles-Kleiger, 2000).

No contexto da UCIN, deparei-me diariamente com situações potencialmente dificultadoras do processo de vinculação e do estabelecimento da parentalidade. Os RN são separados dos pais, ficando aos cuidados técnicos e específicos dos profissionais da equipa multidisciplinar. A descoberta da parentalidade, tendo em conta o seu filho, acaba por não se concretizar devido à separação física, psicológica e emocional, acrescida por receios e preocupações pela situação clínica do RN. Na minha perspetiva, no início, os pais revelam receio em tocar nos seus filhos, possivelmente por se sentirem impotentes perante a sua fragilidade e situação de saúde, sendo importante desmistificar o ambiente que rodeia o RN para que os pais consigam ver e tocar no seu filho. É fulcral, proporcionar aos pais a possibilidade de estarem com o seu filho, ajudá-los a compreender os seus comportamentos e evidenciando as suas capacidades e conquistas, promovendo o contacto físico entre ambos e evitando que sintam que têm um papel secundário nos cuidados, sendo uma das funções dos enfermeiros, facilitar este processo envolvendo-os nos cuidados e na tomada de decisão (Roteta & Torre, 2013).

Devido às dificuldades que possam surgir na transição para a parentalidade e pelo contexto da UCIN, tais como o afastamento dos pais, ambiente altamente tecnológico, incerteza sobre a situação clínica, perda e luto do bebé imaginário, sentimentos de culpa, torna-se fundamental a transmissão aos pais de informação adequada sobre a situação do RN (De Rouck & Leys, 2008), coerente e compreensiva para promover o alívio do medo e da ansiedade. Esta partilha de comunicação aberta e adequada a cada família permitiu desenvolver a Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ): *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3.)”* (DR, 2011b).

O enfermeiro tem um papel fulcral na promoção do contato precoce do RN com os pais para o estabelecimento de uma ligação afetiva forte, procurando apoiar a construção do vínculo afetivo entre pais e RN. Tal como ocorre na prática clínica, os pais são preparados e informados, logo desde a admissão na UCIN, sobre a aparência do RN, equipamentos e dispositivos médicos no sentido de minimizar o impacto do ambiente ameaçador. Esta informação recebida pelos pais, apesar de não ser imediatamente decodificada na íntegra, é fundamental para otimizar a sua capacitação e integração nos cuidados e deve ser

preocupação do enfermeiro desde a admissão. É fulcral incentivar a dar nome à criança, para personalizar e incrementar sentimentos de pertença, bem como encorajar os pais a visitar e acompanhar o RN, uma vez que não são considerados visitas. Permitiu assim aprofundar a Competência Comum do EE: *“Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (B3) - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo (B3.1)”* (DR, 2011a). As crianças têm o direito a ter os pais junto delas, podendo permanecer sem restrição de horário na UCIN (Instituto de Apoio à Criança (IAC), 1998, 2009; DR, 2009), promovendo momentos de interação, incentivando o toque, colo e método canguru e, gradualmente, englobar os pais nos cuidados, desmistificando-os e encorajando a sua colaboração (Marques, Carvalho, Sousa, Borges & Cruz, 2006; Hockenberry & Wilson, 2014). Pode-se incentivar os pais a trazerem objetos pessoais como chuchas, roupas, fraldas ou algum símbolo familiar e, para humanizar o espaço, podem colocar-se fotografias ou desenhos feitos pelos irmãos. Deve-se partilhar informações sobre o estado do RN, salientando os aspetos positivos do comportamento e desenvolvimento. É fulcral os enfermeiros providenciarem aos pais informação precisa sobre os cuidados e procedimentos, responderem com honestidade e escutarem os pais sobre as suas expectativas, medos e preocupações ajudando-os a compreender as respostas da criança (Wang, He & Fei, 2016).

Diversos autores descrevem os sentimentos vivenciados pelos pais de RN internados na UCIN. Obeidat, Bond e Callister (2009) referem que os pais vivenciam sentimentos de ansiedade, depressão, *stress* e perda do controlo, e que estes podem ser minimizados através do suporte emocional, da informação e envolvimento dos pais nos cuidados. Wang, He e Fei (2016) referem que os sentimentos predominantes nas mães de RN internados na UCIN foram o medo, a culpa, insegurança, a tristeza e a dor. Salientam que a ausência de informações pode desencadear sofrimento intenso nos pais, pelo que estes procuram informar-se e adquirir conhecimento sobre a UCIN, a equipa de saúde e o estado de saúde do filho, numa tentativa de encontrarem dados positivos que sustentem a sua esperança na sobrevivência ou melhoria do estado de saúde. É fulcral os enfermeiros providenciarem informação precisa sobre os cuidados e procedimentos, responderem com honestidade e escutarem os pais sobre as suas expectativas, medos e preocupações, e ajudando-os a compreender as respostas do filho. A revisão sistemática de Cleveland (2008) permitiu identificar as necessidades dos pais de RN internados na UCIN, nomeadamente a necessidade de informação e inclusão nos cuidados e na tomada de decisão, vigilância e proteção ao filho, ter boa consideração por parte da equipa de enfermagem, contacto físico com o filho, cuidados individualizados, e relação terapêutica

estabelecida com os enfermeiros. Os pais referem que os cuidados podem ser melhorados através do suporte emocional, nomeadamente estes gostariam que os enfermeiros estivessem mais atentos aos seus sentimentos e preocupações, e que lhes assegurassem que estão a cuidar bem do seu filho. Este reforço positivo permite que os pais ganhem confiança no seu papel de pais, uma vez que estão muito dependentes do suporte emocional e orientações dos enfermeiros nos cuidados (Lam, Spence & Halliday, 2007). Assim, os enfermeiros devem providenciar suporte emocional aos pais, informação e identificar as necessidades dos pais e crianças, fundamentais para o processo de tomada de decisão (Kavanaugh, Moro & Savage, 2009).

O enfermeiro tem um papel fulcral na promoção do contato precoce do RN com os pais para promover o estabelecimento de uma ligação afetiva, procurando construir com os pais esta relação, devendo apoiar e informar as famílias de forma coerente e compreensiva, valorizando as diversas emoções que vivenciam, num equilíbrio que promova o cuidar e o alívio do medo e ansiedade (De Rouck & Leys, 2008; Fernandes, Toledo, Campos & Vilelas, 2014). As dificuldades inerentes às características da prematuridade, situação de doença e separação física decorrente do internamento, são passíveis de serem trabalhadas pela informação e preparação dada pelos enfermeiros aos pais, ajudando a promover a vinculação e potenciando os progressos da relação pais-bebé. A parceria de cuidados é fulcral para o estabelecimento e/ou manutenção da vinculação, permitindo o desenvolvimento de papéis e laços familiares, possibilitando o crescimento físico, emocional e social da família, uma vez que os pais são parceiros no cuidar. Enquanto enfermeiro, esta prática diária dos cuidados permite aprofundar a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais (E3.2)”* (DR, 2011b), podendo salientar o incentivar o toque, o dar nome a criança, incentivar os pais a prestarem cuidados (troca da fralda, banho, posicionar), dar colo ou fazer Método Canguru (pele-a-pele), incentivar o aleitamento materno, entre outros.

Os Cuidados Centrados na Família (CCF) requerem a formação e fortalecimento de relações terapêuticas cuidadosas e sensíveis às transições, e que essas relações se baseiam na confiança mútua, compreensão e partilha do conhecimento. A interação diária com estes pais e a consolidação de uma relação empática e de confiança remete-nos para a importância da autenticidade e verdade com que deve ser pautada a relação (McCormack & McCance, 2006; Harrison, 2010)

É durante o internamento que o enfermeiro promove a vinculação, avaliando o desenvolvimento da parentalidade, demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo, utiliza estratégias promotoras de esperança realista e estratégias para promover o contacto físico, no meu contexto através do toque, colo e/ou método canguru, e amamentação, negocia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados, gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce e promove as competências parentais, permitindo deste modo aprofundar a Competência Específica do EEESCJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais (E3.2)”* (DR, 2011b).

O cuidar do RN e sua família constitui uma experiência emocional intensa que acarreta o envolvimento de todos os intervenientes. Os cuidados tornam-se um processo relacional, um meio de comunicação e de expressão de sentimentos, importante na satisfação do cliente e do profissional (Diogo & Rodrigues, 2012; Vilelas, 2013). Os cuidados prestados de forma individualizada e holística à criança e família são dotados da componente emocional, na medida em que se adota uma identidade de trabalho que permita a expressão de emoções no estabelecimento de uma relação terapêutica (Vilelas, 2013), promovendo a confiança e a aceitação da expressão de sentimentos, tanto pelo enfermeiro como pela família (Fernandes et al., 2014). Na UCIN, algumas famílias vivenciam os primeiros meses de parentalidade com os enfermeiros e equipa multidisciplinar que são para eles o principal apoio. Constrói-se com os pais uma relação de empatia mas também, por vezes, de amizade. Considero que apesar de não me conseguir colocar totalmente na situação específica que estão a experienciar, consigo compreender o que estão a vivenciar. Mesmo após sair do serviço, algumas das suas angústias acompanham-me e os progressos e conquistas fazem-me feliz. Compreender estas emoções e como geri-las permitiu desenvolver a Competência Comum de EE: *“Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade (D1) - Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro (D1.1)”* e *“Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional (D1.2)”* (DR, 2011a). Como refere Diogo (2006, 2012, 2015), os enfermeiros necessitam de identificar as suas emoções e sentimentos e desenvolver estratégias de gestão que garantam a proximidade e a empatia, mas que evitem o desgaste emocional. Torna-se imperativo gerir os sentimentos das famílias e do enfermeiro, promovendo o bem-estar e encontrando estratégias para enfrentar as emoções envolvidas nos cuidados e na interação com o outro. Na UCIN, os cuidados são nutridos com afeto, os

enfermeiros promovem um ambiente seguro e afetuosos, imprimem e fortalecem cada cuidado com afeto, mesmo durante procedimentos dolorosos e emergentes, edificam sentimentos parentais com intencionalidade, gerem as emoções dos clientes e constroem a estabilidade na relação (Diogo, 2012, 2015; Diogo, Baltar & Prudêncio, 2016).

Aquando da admissão na UCIN oferece-se um diário a cada RN e procura-se que os pais expressem as suas emoções, construam memórias e que este seja promotor da vinculação, da comunicação e da gestão da esperança. Estes adquirem uma extrema importância permitindo que os pais lidem com o internamento do seu filho na UCIN, facilitando o seu processo de adaptação e aceitação da condição de saúde. A escrita torna-se um processo que capacita os pais a trabalhar e analisar as situações, permitindo identificar os seus sentimentos e emoções, dificuldades, conhecimentos, recursos internos e externos e recaídas, e contendo os desejos e manifestando liberdade, aproximação e aceitação (Prasko, Diveky, Mozny & Sigmundova, 2009; Shapiro, 2012). Permitem ainda identificar os recursos/forças pessoais promovendo coragem, esperança e auto-estima, práticas de autocuidado, e associam-se à melhoria e/ou restabelecimento do bem-estar (Freed, McLaughlin, SmithBattle, Leanders & Westhus, 2010), e reconhecer o impacto negativo da situação (Tuyn, 2003). Em situações de fim de vida, a aplicação destas cartas/diários contribuiu para construção de um novo significado para as famílias que vivenciaram o luto do filho apoiando as famílias no alívio do sofrimento e no processo de luto (Bousso, Silva & Mendes-Castillo, 2010; Fonseca, 2015).

Polit e Hungler (1995) destacam os diários como instrumentos terapêuticos e de recolha de dados. Na UCIN, são utilizados diários oferecidos aos RN e pais para que estes possam relatar situações, emoções, conquistas e recuos, podendo os enfermeiros também deixar mensagens. Permitem que os pais expressem as suas emoções, construam memórias e seja promotor da vinculação, comunicação e gestão da esperança. No entanto, a nível mundial, a evidência sobre a utilização destes diários em cuidados intensivos ainda é escassa (Penticuff & Arheart, 2005; Vijver & Evans, 2015). O estudo de Mendes e Soares (2016) permitiu identificar as perceções dos pais face à utilização deste diário. Os resultados sugerem que as famílias aderem a esta atividade e consideram-na fundamental para o seu bem-estar. Durante o estágio assisti a uma sessão de formação acerca deste tema nomeadamente a sessão de formação “Diário do Recém-Nascido”.

Numa criança, com doença em fase terminal ou incurável, os últimos momentos de vida são extremamente importantes tanto para esta como para a sua família, surgindo problemas e desafios diversos e de extrema complexidade para gerir. Os cuidados prestados devem fornecer uma resposta diferenciada, integrada, permanente e holística adequada às

preferências, necessidades, expectativas e desejos, da criança/jovem e família (Mendes, Justo da Silva & Santos, 2012; Heleno, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; World Health Organization, 2014). A esperança é promovida no estar com a equipa de saúde, família e amigos, e através do apoio espiritual (Gomes, 1996; Costa, Arantes & Brito, 2010). A morte de um RN, seja ela termo ou pré-termo, significa perder uma relação potencial cheia de esperança e expectativas. Os pais enfrentam a perda de um muito esperado futuro, pelo que o sofrimento é uma reação esperada e normal a essa perda (Rosenbaum, Smith & Zollfrank, 2011). Em situações de fim de vida, é fundamental o envolvimento da família nos cuidados e a presença desta junto do filho (Pacheco, 2004), apesar da dificuldade da família em viver este período, tendo consciência da inevitabilidade da morte do seu filho. Assim, é importante manter a relação de ajuda e suporte à família no momento da morte e após a morte da criança, prestando todo o apoio aos pais no sentido de aliviar o sofrimento e permitir uma envolvimento dinâmica no processo de vivência da doença ou da morte do RN, fomentando a criação de memórias (através da fotografia ou impressão plantar) e atribuição de significados, devendo-se oferecer apoio espiritual, psicológico e acompanhamento de outros familiares, e incentivar a presença dos pais no momento da morte e dar colo (Soares, Rodrigues, Rocha, Martins & Guimarães, 2013). Tive a oportunidade de estar presente em situações de reanimação neonatal e nesta situação destaco o longo caminho de reflexão ética sobre as práticas instituídas e sobre a presença ou não dos pais durante a reanimação do seu filho. Apesar das atuais orientações incentivarem a presença dos pais em situação de reanimação, continua a existir alguma resistência por parte dos profissionais de saúde em aceitar estas recomendações pelo que é fundamental desenvolverem-se estratégias para efetivar esta mudança, e os pais estão presentes apenas são chamados quando já não há resposta do RN ou quando o desfecho já se prevê ser este e são incentivados a estarem presentes e dar colo. A presença de membros da família em situação de reanimação ajuda-os a compreender a severidade da situação e a valorizar os cuidados prestados, podendo aquietar o sentimento de culpa, facilitar o processo de luto e assegurar aos familiares que não se poderia ter feito mais pela vida da criança (Ferreira, 2011). Por outro lado, os profissionais de saúde preocupam-se com o facto da presença da família em contexto de reanimação poder afetar o desempenho da equipa de reanimação e poder provocar danos psicológicos nos familiares. Nas duas UCIN pude presenciar que foi sempre pedido imediatamente aos pais que saíssem quando se verificava estar perante uma situação de reanimação. E constatei o sofrimento parental de quem afastado. Só quando a reanimação acaba e conseguimos recuperar a criança ou quando se constata que esta não responde às medidas instituídas, conseguimos ir ter com a família e

informá-la do que se passou e chama-la a entrar. E isto não é o ideal nem o preconizado numa filosofia de CCF. Dever-se-ia permitir, desde que os pais quisessem, a presença destes em todas as situações de cuidados ao seu filho, sendo a reanimação uma delas. Estas intervenções em situações de instabilidade e morte permitem aprofundar a Competência Específica do EEESCJ: “*Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados (E2.1)*” (DR, 2011b). Esta filosofia de CCF é também uma das sete medidas nucleares neuroprotetoras do Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal desenvolvido por Altimier e Phillips (2013), nomeadamente a parceria com as famílias.

No Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal outra das 7 medidas nucleares neuroprotetoras é a minimização do *stress* e da dor e está em concordância com a filosofia dos cuidados não traumáticos, onde os mesmos são prestados através de intervenções que eliminam ou minimizam o desconforto da criança/família, tanto físico como psicológico, tendo como principal objetivo não causar dano, que pode ser alcançado, prevenindo ou minimizando a separação da criança e família, promovendo sentimentos de controlo e prevenindo ou minimizando a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Wilson, 2014). A dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica (OE, 2008). A DGS instituiu, através da Circular Normativa n.º9 /DGCG de 14/06/2003, a dor como 5º sinal vital (DGS, 2003). As crianças podem apresentar diferentes respostas perante os estímulos dolorosos pelo que a avaliação da dor deve ser sempre multifacetada. A avaliação da intensidade da dor consiste em quantificá-la, recorrendo a instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, que considerem os vários tipos de dor, a situação clínica e a idade da criança. Esta avaliação deve ser feita de forma regular e sistemática a todas as crianças, e efetuada antes, durante e após os procedimentos (DGS, 2010, 2012). A DGS (2010) sugere para a avaliação da dor no RN uma das seguintes escalas: *Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN), *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), *Premature Infant Pain Profile* (PIPP) ou *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale* (N-PASS). A OE emitiu um guia indicando como efetuar a avaliação e registo da dor, e sugere a utilização da escala EDIN ou NIPS para avaliação da dor no período neonatal (OE, 2008). Na UCIN onde exerço funções são utilizadas as escalas EDIN e, e em RN sedados, utiliza-se a escala N-PASS para avaliação do nível de sedação, quando aplicável.

Diariamente, na UCIN, os RN são sujeitos a manipulações stressantes (luz e ruído) (Hunt, 2011) e a procedimentos, tão mais frequentes quanto mais instável for a sua condição,

muitas vezes dolorosos ou potencialmente dolorosos, imprescindíveis ao seu diagnóstico, estabilização e tratamento (Batalha, Santos & Guimarães, 2007). No entanto, a dor associada aos procedimentos pode ser diminuída e/ou eliminada através de intervenções adequadas tais como estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor (Hall 2012; Moreno, 2012). Os episódios recorrentes de dor ou a exposição prolongada a situações dolorosas, alteram a forma como o RN processa o estímulo doloroso, podendo ter impacto negativo no seu comportamento e desenvolvimento futuro. Na área da Neurobiologia a investigação demonstra que as vias nervosas associadas à experiência de dor se desenvolvem a partir das 20 semanas de gestação e às 28 semanas estão totalmente desenvolvidas. Por outro lado, uma vez que as vias de controlo da dor são ainda imaturas, o recém-nascido pré-termo (RNPT) apresenta uma hipersensibilidade aos estímulos dolorosos. As experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem influenciar as experiências posteriores, tanto quanto à sensibilidade dolorosa como na forma de lidar com o *stress* (DGS, 2010). Está estimado que o RN internado em UCIN, pode ser exposto a cerca de oito a dez eventos dolorosos por dia. O enfermeiro deve ter sempre presente que é possível diminuir o sofrimento, pois parte da dor experimentada pelo RN pode ser prevenida ou substancialmente aliviada (Batalha et al., 2007), através do planeamento dos procedimentos, agrupando os cuidados/procedimentos, avaliando a dor e utilizando as estratégias não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor (DGS,2012). As crianças podem apresentar diferentes respostas perante os estímulos dolorosos pelo que a avaliação da dor deve ser sempre multifacetada. A avaliação da intensidade da dor consiste em quantificá-la, recorrendo a instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, que considerem os vários tipos de dor, a situação clínica e a idade da criança. Esta avaliação deve ser feita de forma regular e sistemática a todas as crianças, assim como deve ser efetuada antes, durante e após os procedimentos (DGS, 2010, 2012). O controlo adequado da dor exige uma avaliação precoce e sistemática, bem como a implementação de protocolos de avaliação e tratamento que incluam a avaliação da sua intensidade, os procedimentos dolorosos mais comuns, o uso de analgesia tópica, a utilização de sacarose e de opióides, quando necessário (Batalha et al., 2007).

São diversos atos que se podem efetuar para minimizar a dor como ponderar o momento da sua realização, executar a técnica com perícia e delicadeza, escolher criteriosamente o material mais adequado, usar medidas não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor. As medidas não farmacológicas são seguras, não invasivas, pouco dispendiosas e constituem intervenções de enfermagem autónomas. Estas incluem a redução

da incidência da luz, do ruído, promoção de períodos mais prolongados de sono e repouso, posicionamento e contenção, concentração de manipulações, sucção não nutritiva, contacto físico com os pais, utilização de leite materno (aleitamento materno ou oferecido por sonda) ou de sacarose. É fulcral envolver os pais nos cuidados, pois conhecem melhor a criança e as estratégias mais adequadas para lidar com ela (Batalha et al., 2007; Batalha, 2010; Franck, Oulton, Nderitu, Lim, Fang & Kaiser, 2011; OE, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; Maria, Cavaco & Marçal, 2014). Os pais têm o direito a estarem sempre presentes em todos os procedimentos (IAC, 1998, 2009), como acontece na prática em que estes podem fazer contenção, canguru, pegar ao colo e oferecer a sucção não-nutritiva ou nutritiva (amamentação). Estas intervenções permitiram aprofundar a Competência Específica do EEESCI: “*Cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2)*” (DR, 2011b).

Como já referido no referencial teórico, os cuidados na UCIN, baseiam-se atualmente num modelo de Cuidados para o Desenvolvimento. Os cuidados são prestados na sua globalidade por um enfermeiro responsável por aquele RN e família de modo individual e de acordo com as características individuais de cada RN. Os pais são englobados nos cuidados de acordo com a sua preferência e vontade, e a sua opinião sobre o estado e evolução do RN é tida em consideração, assim como o planeamento dos cuidados. A organização dos cuidados faz-se, sempre que a situação clínica do RN o permite, respeitando os períodos de sono/atividade do RN (Peirano & Algarín, 2007), o seu posicionamento, a alimentação, a promoção da participação dos pais nos cuidados e a minimização dos estímulos ambientais dolorosos. A promoção do Método Canguru é prática frequente com resultados favoráveis ao desenvolvimento e promotores da vinculação. Os modelos de Cuidados para o Desenvolvimento em prática, defendem que a prevenção primária, enquanto intervenção, deve ser base da prática de cuidados de enfermagem, o que está em consonância com a perspetiva de Neuman (Neuman & Fawcett, 2010), onde a prevenção primária engloba intervenções que visam evitar o encontro da criança com o *stressor* e o fortalecimento das linhas de defesa.

Outro dos focos dos cuidados promotores do desenvolvimento é o posicionamento terapêutico e a manipulação do RN. Como referido no enquadramento conceptual este tem como objetivo apoiar a postura e o movimento; otimizar o desenvolvimento músculo-esquelético e o alinhamento biomecânico; proporcionar exposição controlada a estímulos propriocetivos, tácteis e visuais; promover a organização comportamental; promover a flexão e orientação à linha média, com intuito de prevenir posturas e movimentos assimétricos;

prevenir o achatamento da cabeça e rotação externa das ancas (Aucott, Donohue, Atkins, & Allen, 2002; Sweeney & Gutierrez, 2002; Fonseca & Barros, 2016). Durante o estágio constatei e validei que os princípios do posicionamento na sua maioria eram postos em prática, salientado o fornecer suporte durante o posicionamento, promover contacto das mãos com a boca (Altimier & Phillips, 2013), promover o alinhamento à linha média em flexão, em contenção, através da utilização de equipamentos de apoio adequado, respeitando o sono (Coughlin, 2014) e realização de ensinamentos aos pais sobre os princípios e técnicas de posicionamento (Altimier & Phillips, 2013) e gradualmente serem estes os responsáveis por esta intervenção. Em RN clinicamente estáveis a posição recomendada, e incentivada na UCIN é o contato pele-a-pele/ Método Canguru (Coughlin, 2017). O posicionamento terapêutico, contenção e toque, entre outros, têm por objetivo intervir no controlo de sintomas como forma de restabelecer o sistema (Neuman, 2010). Neste âmbito, o posicionamento terapêutico constitui uma intervenção, que se enquadra nos Cuidados Não Traumáticos, na medida em que promove o conforto, alivia a dor, previne o aparecimento de sequelas resultantes de posicionamentos incorretos.

Esta temática, base deste projeto, permitiu aprofundar conhecimentos e partilhar com a equipa multidisciplinar, nomeadamente através da Sessão de Formação em Serviço “Posicionamento do Recém-Nascido” e da elaboração da Norma de Procedimento “Posicionar a Criança prematura e/ou gravemente doente” juntamente com os outros elementos do Grupo do Sono e Posicionamentos. Deste modo foi possível desenvolver a Competência Específica do EEESJ: *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3) – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1)”* (DR, 2011b) e as Competências Comuns de EE: *“Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1) - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade (A1.3)”*, *“Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade (B2)”* e *“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2) - Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade (D2.1)”* (DR, 2011a).

No decorrer desta experiência de aprendizagem participei em congressos, nomeadamente no III Encontro de Neonatologia do CMIN - Cuidar em Neonatologia: realidades e perspectivas, no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa: Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade e no 1st Annual Conference for Trauma-informed, Neuroprotective Care of the Hospitalized Newborn and Infant, que

permitiram atualizar e adquirir novos conhecimentos sobre os cuidados a prestar ao RN e família, assim como a partilha de experiências.

Todas estas atividades desenvolvidas na UCIN permitiram desenvolver e aprimorar as Competências Específicas de EEESCJ: “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1)”, “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2)” e “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3)” (DR, 2011b).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 13(1), 9-22. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>.
- Aucott, S., Donohue, P. K., Atkins, E., & Allen, M.C. (2002). Neurodevelopmental care in the NICU. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 8(4), 298–308.
- Batalha, L., Santos, L.A., & Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 38(4), 144-151.
- Batalha, L.M.C. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*. (2), 73-80.
- Bousso, R., Silva, L., & Mendes-Castillo, A. (2010). A arte das cartas terapêuticas no cuidado de famílias enlutadas. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 9(2).
- Cleveland, L.M. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 37(6), 666-691.
- Costa, A.L. (2003). O cuidar no hospital. *Nursing - Revista de formação contínua em enfermagem (edição portuguesa)*. (176), 19-22.
- Costa, M.C.G., Arantes, M.Q., & Brito, M.D.C. (2010). A UTI neonatal sob a ótica das mães. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 12(4), 698-704.
- Coughlin, M. (2014). *Transformative nursing in the NICU: trauma-informed age-appropriate care*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Coughlin, M. (2017). *Trauma-Informed Care in te NICU: Evidence-Based Practice Guidelines for Neonatal Clinicians*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.

- De Rouck, S. & Leys, M. (2009). Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit: A review of the literature (1990–2008). *Patient education and counselling*. 76(2), 159-173.
- Diogo, P. & Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*. 16(1), 62-71.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2012). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. 4, 2-9.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. (2ª Ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Baltar, P., & Prudêncio, A. (2016). Determinantes afetivos de cuidar a criança hospitalizada sem acompanhante: um estudo de Grounded Theory. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2, 1632-1642.
- Direção Geral da Saúde (2003). Circular Normativa N.º9/DGCG. *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2010). Circular Normativa N.º014/2010. *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Circular Normativa N.º022/2012. *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (Imês a 18 anos)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dyer, K (2005). Identifying, Understanding, and Working with Grieving Parents in the NICU, Part I: Identifying and Understanding Loss and the Grief Response. *Neonatal Network*. 24(3), 35-45.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L., & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 13(2), 45-60.
- Ferreira, A. (2011). A presença dos pais em situação de ressuscitação cardiopulmonar. *Salutis Scientia-Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*. Disponível em <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=30689> .
- Fonseca, R. & Barros, I. (2016). Terapêutica de posição em neonatologia. In Lourenço, M.J., Ferreira, O., & Baixinho, C.L. (Coords). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp.185-193). Loures: Lusodidacta.

- Fonseca, R.J.S. (2015). *A Influência das Cartas Terapêuticas na Esperança dos Pais de Crianças Com Doença Crónica*. Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de mestrado em Cuidados Paliativos. Lisboa, Porto, Viseu.
- Franck, L.S., Oulton, K., Nderitu, S., Lim, M., Fang, S., & Kaiser, A. (2011). Parent Involvement in Pain Management for NICU Infants: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*. 128(3), 510-518.
- Freed, P.E., McLaughlin, D.E., SmithBattle, L., Leanders, S., & Westhus, N. (2010). "It's the Little Things That Count": The Value in Receiving Therapeutic Letters. *Issues in mental health nursing*. 31(4), 265-272.
- Gibbs, D.P. (2015). Supporting the Parent-Infant Relationship: Using the Neonatal Behavioral Observation in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of the Association of Pediatric Chartered Physiotherapists*. 6 (1), 26-34.
- Gomes, M.M.F. (1996). O Nascimento de uma Criança de Alto Risco: Significado e Vivência dos Familiares. *Acta Paulista de Enfermagem*. 48-56.
- Hall, R.W. (2012). Anesthesia and Analgesia in the NICU. *Clinics in Perinatology*. 39(1), 239-254.
- Harrison, T.M. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*. 25(5), 335-343.
- Heleno, S. (2013). Cuidados Paliativos Em Pediatria. *Evidências*. 41-49.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).
- Hunt, K.N. (2011). The NICU: Environmental Effects of the Neonatal Intensive Care Unit on Infants and Caregivers. *Research Papers*. Paper 71.
- Instituto de Apoio à Criança (1998). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf.
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/annotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (Re)Pensar o Cuidar em Enfermagem*. (1ª Ed.). Loures: Lusociência.

- Kavanaugh, K., Moro, T., & Savage, T. (2009). How nurses assist parents regarding life support decisions for extremely premature infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 39(2), 147-157.
- Lam, J., Spence, K., & Halliday, R. (2007). Parents' perception of nursing support in the neonatal intensive care unit (NICU). *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*. 10(3), 19-24.
- Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro (2009). Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. *Diário da República I Série*, N.º178 (14-09-2009). 6254-6255.
- Maria, A.T., Cavaco, H., & Marçal, M. (2014). *Protocolo Serviço de Pediatria – HSFX*. (Novembro 2014). Analgesia no RN. Acessível no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. Lisboa, Portugal.
- Marques, P., Carvalho, J., Sousa, P., Borges, E., & Cruz, S. (2006). *Rumo ao Conhecimento em Enfermagem*. (1ª Ed.). Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João.
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5), 472-479.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, J. & Soares, B. (2016). Use of a Newborn's Diary in a Neonatal Intensive Unit (NICU): Parents Perception. *Abstract book of 3rd congress of pediatric palliative care-global gathering*. Disponível em <http://www.maruzza.org/congress-2016/wp-content/uploads/2016/01/abstract-book1.pdf>.
- Mendes, J., Justo da Silva, L., & Santos, M. J. (2012). Cuidados Paliativos neonatais e pediátricos em Portugal – um desafio para o século XXI. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 43(5), 218-222.
- Mercer, R.T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship*. 36(3), 226-232.
- Mills, T.A., Ricklesford, C., Cooke, A., Heazell, A.E., Whitworth M., & Lavender, T. (2014). Parent's experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. *BJOG*. 121(8), 943-950.
- Moreno, A. S. M. S. (2012). *O controlo da dor em neonatologia: intervenções não farmacológicas*. Escola Superior De Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado. Porto.
- Nicolaou, M., & Glazebrook, C. (2008). Emotional support for families of sick neonates. *Paediatrics and Child Health*. 18(4), 196-199.

- Obeidat, H.M., Bond, E.A., & Callister, L.C. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal Education*. 18(3), 23-29.
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem (2008). *Dor – guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspetiva Ética*. Loures: Lusociencia,
- Peebles-Kleiger, M.J. (2000). Pediatric and neonatal intensive care hospitalization as traumatic stressor: Implications for intervention. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 64(2), 257-280.
- Peirano, P. D. & Algarín, C. R. (2007). Sleep in brain development. *Biological research*. 40(4), 471-478.
- Penticuff, J.H. & Arheart, K.L. (2005). Effectiveness of an Intervention to Improve Parent-Professional Collaboration in Neonatal Intensive Care. *J. Perinat Neonatal Nurs*. 19(2), 187-202.
- Pereira, P. (2009). *Frutos do Amor: quando dois passam a três*. Vialonga: Coisas de Ler.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3ªed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Prasko, J., Diveky, T., Mozny, P., & Sigmundova, Z. (2009). Therapeutic letters—changing the emotional schemas using writing letters to significant caregivers. *Act Nerv Super Rediviva*. 51(3), 163-167.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011). 8648-8653.
- Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011). 8653-8655.
- Rosenbaum, J.L., Smith, J.R., & Zollfrank, R. (2011). Neonatal End-of-Life Spiritual Support Care. *J. Perinat Neonat Nurs*. 25(1), 6-69.
- Roteta, A. & Torre, M. (2013). Experiencias de Los Padres de grandes Prematuros en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: revision sistemática de la evidência cualitativa. *Metas Enfermagem*. 16(2), 20-25.
- Shapiro, J. (2012). Narrative Medicine and Narrative Writing. *Fam Med*. 44 (5), 309-311.

- Soares, C., Rodrigues, M., Rocha, G., Martins, A., & Guimarães, H. (2013). Fim de Vida em Neonatologia: Integração dos Cuidados Paliativos. *Acta Med Port.* 26(4), 318-326.
- Sousa, N., Araújo, A., Costa, I., Carvalho, J., & Silva, M. (2009). Representações de mães sobre a hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2(62), 729-733.
- Sweeney, J.K. & Gutierrez, T. (2002). Musculoskeletal Implications of Preterm Infant Positioning in the NICU. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing.* 16(1), 58-70.
- Tavares, G., Mota, J., & Magro, C. (2006). Visão sistemática da prematuridade: as interações entre família e equipe de saúde diante do recém-nascido pré-termo em UTI neonatal. *Revista Paulista de Pediatria.* 24(1), 27-24.
- Tuyn, L. K. (2003). Metaphors, letters, and stories: narrative strategies for family healing. *Holistic nursing practice.* 17(1), 22-26.
- Vijver, M.v., & Evans, M. (2015). A tool to improve communication in the neonatal unit. *BMJ Qual. Improv. Report.* 4. **DOI:** 10.1136/bmjquality.u2003180.w3084.
- Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP.* 5, 41-50.
- Wang, L., He, J.L. & Fei, S.L. (2016). Perceived Needs of Parents of Premature Infants in NICU. *Western Journal of Nursing Research.* 1-13.
- World Health Organization (2014). *The Global Atlas of Palliative Care.* Disponível em <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>.

Apêndice VI –
Diapositivos da apresentação: “O Posicionamento no Serviço de
Internamento de Pediatria”

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA



8º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM: ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

o Posicionamento no Serviço de Internamento de Pediatria

Regente: Paula Diogo
Docente Orientador: Maria Alice Curado
Enfermeiro Orientador: Vera Lopes
Discente: Inês Rebelo da Cruz, nº 975



Sumário

- Serviço de Internamento de Pediatria
- O Posicionamento Terapêutico
- Produtos de Apoio
- Treino das Atividades de Vida Diárias

Serviço de Internamento de Pediatria



Compromisso



Trabalhar em equipa para promover a autonomia das crianças/jovens, a sua dignidade e autoestima, os seus direitos de cidadania e a sua integração social e profissional na sociedade



Caracterização



- Crianças/ Jovens até 18 anos de idade (atualmente até aos 21 anos)
- Crianças/ Jovens provenientes de qualquer zona do país
- Crianças/ Jovens com ...
 - Défices de desenvolvimento (Atraso de desenvolvimento psicomotor, disfunção sensorial)
 - Défices neuromotores (Paralisia cerebral, spina bífida, sequelas de traumatismos crânio-encefálicos, de tumores, de lesões vertebro-medulares, de plexo ou de nervos periféricos)
 - Défices motores (Malformações congénitas/ amputações, problemas reumatológicos)

Equipa Multiprofissional



- Médico(a) Fisiatra
- Enfermeiro(a) de Reabilitação/ Saúde Infantil e Pediatria/ Generalista
- Fisioterapeuta
- Terapeuta Ocupacional
- Terapeuta da Fala
- Psicólogo(a) Clínico(a)
- Ortoprotésico(a)
- Educador(a)
- Dietista
- Assistente Social
- Professores do Ensino Especial e Educadores de Infância

Meios Complementares e de Diagnóstico



- Centro de Mobilidade
- Laboratório de Marcha
- Laboratório de Análise da Posição de Sentado (LAPOSE)
- Estudos Urodinâmicos
- Fisiopatologia Respiratória
- Unidade de Neurofisiologia
- Unidade de Imagiologia Clínica

o Posicionamento Terapêutico



Benefícios do Posicionamento Terapêutico



- Evita atrofias musculares
- Favorece a mobilidade articular
- Melhora a oxigenação/nutrição
- Promove a integridade cutânea
- Previne o aparecimento de úlceras de pressão
- Favorece a cicatrização de feridas
- Alivia a dor
- Promove o conforto
- Mantem o alinhamento corporal
- Promove a estimulação visual e aumenta a percepção do espaço
- Previne a aspiração e complicações neurológicas
- Mantem a integridade do tecido muscular
- Favorece o sono e repouso
- Promove a circulação
- Diminui o edema

(Lourenço, Ferreira & Baixinho, 2016)

Desvantagens da Imobilidade



- Diminuição da carga cardíaca
- Diminuição do apetite
- Acumulação de secreções
- Tosse ineficaz
- Atrofia muscular (diminuição da massa e força muscular)
- Fragilidade óssea
- Contraturas e redução da amplitude articular
- Distensão gástrica
- Digestão lenta/ Estase gástrica
- Retenção urinária/ Infecções urinárias
- Obstipação
- Úlceras de pressão
- Ansiedade, depressão, perturbações do sono, perturbações do humor, alterações cognitivas, diminuição da autoestima

(Lourenço, Ferreira & Baixinho, 2016)

Avaliação da criança a posicionar



- Estado cognitivo
- Motricidade (engloba força muscular, o tónus e a coordenação motora)
- Amplitude articular
- Postura e alinhamento
- Antecedentes pessoais
- Nível de independência → Medida de Independência Funcional (>8 anos)
- Peso e altura
- Risco de desenvolver Úlcera de Pressão → Braden Q
- Risco de Queda → Humpty Dumpty



Escala de Lower
Escala de Ashworth modificada



(Lourenço, Ferreira & Baixinho, 2016)

Princípios do Posicionamento Terapêutico



- Manter o alinhamento corporal
- Garantir a distribuição equitativa do peso pela área de contato com a superfície de apoio
- Associar superfícies de alívio de pressão
- Estimular o autocuidado para diminuir os efeitos da imobilidade, prevenir o aumento da dependência e promover o potencial funcional da criança
- Instruir e encorajar os exercícios isométricos (contrações musculares sem movimento), com especial ênfase nos membros inferiores e abdómen
- Fazer exercícios ativos e passivos, na amplitude do movimento
- Alternar a posição regularmente
- Prevenir as complicações associadas ao posicionamento incorreto
- Realizar exercícios respiratórios
- Satisfazer as necessidades nutricionais e reforço hídrico
- Capacitar cuidadores/ pais

(Lourenço, Ferreira & Baixinho, 2016)

Produtos de Apoio



No leito



- Almofadas



- Rolos



- Talas/cunhas



Posicionamento Ortostático



- Intervenção que tem por objetivo levar uma pessoa a assumir a posição vertical
 - Plano Inclinado
 - Standind Frame
 - Maca Rodada e Prancha Rolante

Posicionamento Ortostático



Plano Inclinado

- Prancha ortostática com apoio de pés, que permite, a partir do plano horizontal, fazer a elevação gradual na vertical
- Objetivos
 - Melhorar a circulação arterial e venosa
 - Preparar a criança para o levante, restaurando a tolerância ao ortostatismo
 - Melhorar a função respiratória
 - Facilitar a eliminação vesical e intestinal
 - Contribuir para a inibição da atrofia muscular, do pé equino e da espasticidade
 - Prevenir a osteoporose



Posicionamento Ortostático



Standing Frame

- Objetivos
 - Melhorar a função cardiovascular
 - Melhorar as estruturas osteoarticulares
 - Inibir a espasticidade
 - Estimular a mobilidade de um membro superior afetado
 - Facilitar a eliminação vesical e intestinal
 - Melhorar a mecânica ventilatória
 - Permitir a liberdade de movimentos dos membros superiores para atividades ocupacionais, de estimulação e recreativas, favorecendo a autoestima
 - Permitir e favorecer a autonomia de movimento



Posicionamento Ortostático



Maca Rodada

- Objetivos
 - Realizar períodos em decúbito ventral
 - Promover a extensão da anca e joelhos
 - Aliviar a pressão da região sagrada e dorsal, em caso de existir alteração da integridade cutânea
 - Permitir a mobilidade



Prancha Rolante



Mobilidade



Cadeira de Rodas

- Objetivos
 - Permitir a mobilidade e a autonomia
 - Permitir a liberdade de movimentos dos membros superiores para atividades ocupacionais, de estimulação e recreativas, favorecendo a autoestima



- Posicionar com ângulos de 90°, mantendo alinhamento corporal, adaptar a altura dos pedais e colocar almofada no assento para alívio da pressão

Mobilidade



Andarilho

- Objetivos
 - Treino da marcha
 - Permitir a mobilidade e a autonomia



Tricicleta

- Objetivos
 - Fortalecimento muscular
 - Melhorar as amplitudes articulares dos membros inferiores
 - Permitir a mobilidade



Outros Apoios ao Posicionamento



Talas Tibiotársicas

- Objetivos
 - Diminuir a espasticidade e rigidez articular
 - Promover o alinhamento corporal
 - Favorecer a mobilidade articular
 - Diminuir a atrofia



Talas de posicionamento de mão e punho



Outros Apoios ao Posicionamento



Talas de Barbas

- Objetivos
 - Diminuir a espasticidade e rigidez articular
 - Promover o alinhamento corporal
 - Posicionar em extensão



Outros Apoios ao Posicionamento



Talas Pneumáticas

- Objetivos
 - Melhorar a espasticidade
 - Promover o relaxamento muscular
 - Estimular a propriocepção



Treino de Atividades de Vida Diárias



Objetivo



- Ajudar a criança a atingir e manter o máximo de independência e desempenho seguro nas atividades de vida diárias (AVD's)



- O treino das AVD's deve ajustar-se às situações reais da criança, tendo em conta as suas necessidades e a sua condição psico-físico-ambiental
 - Desempenhar as atividades de higiene e vestuário ao mais elevado nível funcional possível
 - Compreender como e quando utilizar dispositivos de compensação
 - Compreender o papel da higiene e vestuário na promoção de uma boa saúde e no manter da autoestima positiva na imagem corporal
 - Praticar com segurança as atividades de higiene e vestuário de acordo com o ambiente no domicílio

Produtos de Apoio



- Aspectos a ter em conta na escolha dos produtos de apoio:
 - Conforto
 - Segurança
 - Estabilidade
 - Facilidade de utilização
 - Idade
 - Patologia
 - Tamanho
 - Peso
 - Tipo de WC
 - Alterações do tônus muscular
 - Alterações da sensibilidade
 - Existência ou não de movimentos involuntários

Produtos de Apoio



Transferência Cama – Cadeira de Rodas



Produtos de Apoio



Treino da Higiene

- Tipos de Banho
 - Banho Chuveiro
 - Maca banheira
 - Maca – cadeira tipo Magumbo
 - Cadeira rotativa de banho
 - Tábua de banheira
 - Cadeira de banho
 - Banho Imersão
 - Banho no Leito

Produtos de Apoio



Treino da Higiene

- Tipos de Banho
 - Banho Chuveiro
 - Maca banheira



Produtos de Apoio



Treino da Higiene

- Tipos de Banho
 - Banho Chuveiro
 - ...
 - Maca – cadeira tipo Magumbo



Produtos de Apoio



Treino da Higiene

- Tipos de Banho
 - Banho Chuveiro
 - ...
 - ...
 - Cadeira rotativa de banho



Produtos de Apoio



Treino da Higiene

- Tipos de Banho
 - Banho Chuveiro
 - ...
 - ...
 - ...
 - Tábua de banheira



Produtos de Apoio



Treino da Higiene

- Tipos de Banho
 - Banho Chuveiro
 - ...
 - ...
 - ...
 - ...
 - Cadeira de banho



Produtos de Apoio



Treino da Higiene

- Outros produtos de apoio



Produtos de Apoio



Treino do Vestuário

- Molas para calças
- Molas para alcançar/agarrar objetos
- Dispositivo em S
- Calcadeiras de cabo longo
- Dispositivo para botões
- Argolas
- Bolsas palmares



Produtos de Apoio



Treino do Vestuário

- Velcro



- Dispositivos para botões

Produtos de Apoio



Treino do Vestuário

- Dispositivos de compensação para fechos



Produtos de Apoio



Treino do Vestuário

- Dispositivos de compensação em S



Referências Bibliográficas

- Lourenço, M.J., Ferreira, O. & Baixinho, C.L. (2016). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro*. Loures: Lusodidacta.
- <http://cmra.pt/>



**Apêndice VII –
Kit de materiais para avaliação do desenvolvimento**

**Apêndice VIII –
Poster “Estratégias de Prevenção e Alívio da Dor em Procedimentos
Dolorosos”**

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E ALÍVIO DA DOR EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS

Os cuidados não traumáticos constituem todas as intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto físico e psicológico da criança, do jovem e da família, tendo como principal objetivo não causar dano, que pode ser alcançado, prevenindo ou minimizando a separação da criança e família, promovendo sentimentos de controlo, e prevenindo ou minimizando a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Wilson, 2014)

Recém-Nascido (0-28 dias)

- Amamentação
- Sucção não nutritiva com sacarose 24%/leite materno
- Contenção, posicionamento, embalo, carícias
- Massagem terapêutica
- Canções de embalar
- Método canguru
- Presença dos pais e contacto físico
- Participação dos pais nos cuidados

Idade Pré-Escolar

- Ouvir histórias
- Brinquedo favorito
- Brincadeira lúdica e terapêutica
- Ouvir uma música familiar
- Estratégias de relaxamento
- Distracção
- Massagem/ posicionamentos
- Sucção não-nutritiva
- Presença de pessoa significativa

Idade Escolar

- Técnicas de relaxamento
- Respiração lenta e profunda
- Massagem/ posicionamentos
- Leituras
- Brincadeira lúdica e terapêutica
- Actividade favorita
- Modelagem/ ensaio comportamental
- Distracção
- Presença de pessoa significativa

Adolescentes

- Técnicas de relaxamento
- Respiração lenta
- Ouvir musica, fotos (telemóvel)
- Diário, relatório pessoal, escrita e desenho
- Presença de pessoa significativa

Procedimentos

- Injecções SC e IM
- Punção Lombar
- Punção supra-púbica
- Punção venosa

Medidas Farmacológicas

EMLA (lidocaína + prilocaína creme tópica sob penso oclusivo; 0,5g/ dose, max: 1g/dia). Efeito 60-90 min após aplicação; RN > 7 dias de vida

Lidocaína lipossómica creme a 4% (1gr) tópica sob penso oclusivo. Aplicar 30 minutos antes do procedimento

- Sonda nasogástrica

Gel lidocaína a 1%

Sacarose a 24%: Dose mínima eficaz: 0,05-0,5ml. Dose máxima para procedimentos: 2ml. Frequência máxima de 6 tomas

- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's - Nursing Care of Infants and Children, 9ª, 2011, New York: Elsevier).
- Linhares, M. B., & Doca, F. N. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 307 - 325.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - VOLUME I*.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Série 1. Nº 6.

Inês Cruz (Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - ESEL)

Apêndice IX –
Diapositivos da apresentação:
“Posicionamento do Recém-Nascido no Serviço de Urgência de Pediatria”

Posicionamento do Recém-Nascido no Serviço de Urgência de Pediatria

Docente Orientador: Prof. Doutora Maria Alice Curado

Enf. Orientador: Patrícia Cardoso

Discente: Inês Rebelo da Cruz

Sumário



- Posicionamento Terapêutico
- Dispositivos de Apoio ao Posicionamento
- Atuação do Enfermeiro
- Referências Bibliográficas



Posicionamento Terapêutico

Posicionamento Terapêutico



- **Suporte** (postural/ movimento vs contenção) e **Alinhamento** postural (Simetria, equilíbrio muscular, movimento)
- **Autorregulação** (sono/consolo/dor/consumo energia)
- **Homeostasia** (cerebral, respiratória, gástrica, tegumentar, térmica)
- **Estimulação** controlada (proprioceptiva, tátil e visual)
- **Desenvolvimento** (músculo-esquelético/ alinhamento biomecânico)

(Ewer, James, & Tobin, 1999; Aucott, Donohue, Atkins & Allen, 2002; Sweeney & Gutierrez, 2002; Keller, Arbel, Merlob & Davidson, 2003; Monterosso, Kristjanson, Cole & Evans, 2003; Valvre-Douret, Ennourib, Irad, Garrecci & Papiernik, 2004; Dursing, Mercer, Yu, Reilly & Thorpe, 2005; Ferrari, Bertonielli, Gallo, Roversi, Guerra, Ranzil & Hadders-Algra, 2007; Waltzman, 2007; McManus & Capistran, 2008; Abdeyazdan, Nematollahi, Ghazavi, & Mohamadizadeh, 2010; Hunter, 2010; Nakano, Kihara, Nakano & Konishi, 2010; Altinier & Phillips, 2013; Chen, Tzeng, Gau, Kuo & Chen, 2013; Gouna, Rakza, Kulsd, Pennaforte, Mur & Storme, 2013; Zarem, Crapnell, Tiltges, Madlinger, Reynolds, Lukas & Pineda, 2013, Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014; Fonseca & Barros, 2016; Sousa, Dias, Pedro, Artileiro & Curado, 2016)

Posicionamento Terapêutico



- Padrões normais **crescimento/desenvolvimento**
- **Modelagem** craniana
- Organização/Maturação **SNS**
- **Autorregulação** (estimulação sensorial controlada)
- **Contenção/Segurança** (limites/fronteiras) e **Conforto** (mãos à boca)
- Diminui os indicadores comportamentais de **dor**
- **Habilidades motoras finas**

(Ewer et al., 1999; Aucott et al., 2002; Sweeney & Gutierrez, 2002; Keller et al., 2003; Monterosso et al., 2003; Valvire-Douret et al., 2004; Dursing et al., 2005; Ferrari et al., 2007; Walitzman, 2007; McManus & Capistran, 2008; Abdeyazdan et al., 2010; Hunter, 2010; Nakano et al., 2010; Altimier & Phillips, 2013; Chen et al., 2013; Gouna et al., 2013; Zarem et al., 2013; Madlinger-Lewis et al., 2014; Fonseca & Barros, 2016; Sousa et al., 2016)



Dispositivos de Apoio ao Posicionamento

Dispositivos de Apoio ao Posicionamento



- ✓ Contenção adequada, flexão e orientação à linha média
- ✓ Flexão e contenção flexível
- ✓ Limites suaves - estabilidade postural, comportamental e fisiológica
- ✓ Promove:
 - Autorregulação
 - Estabilidade
 - Preservação de energia
 - Crescimento e desenvolvimento

(Monterosso et al., 2003; Ferrari et al., 2007; Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010; Hunter, 2010; Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013; Madlinger-Lewis et al., 2014)

Almofada moldável



<http://www.usa.phillips.com/healthcare/products/HC889805603d47/federick-frank-positioning-aid>

Almofada ventral



<http://www.usa.phillips.com/healthcare/products/HC889805603d47/federick-frank-positioning-aid>

Almofada gel



<http://www.usa.phillips.com/healthcare/products/HC889805603d47/federick-frank-positioning-aid>

Ninho



<http://www.usa.phillips.com/healthcare/products/HC889805603d47/federick-frank-positioning-aid>

Rolo



<http://www.usa.phillips.com/healthcare/products/HC889805603d47/federick-frank-positioning-aid>



Atuação do Enfermeiro

Princípios



- Atividade autónoma (simples, não invasiva)
- Diminuição iatrogenia ambiente (luz, ruído, hipotermia, dor)
- Impacto: Imediato vs longo prazo
- Proximidade/Individualidade cuidados/ manipulação mínima
- Apoio da Equipa vs Capacitação Pais
- Apoio posicionamento nas transições (alternância segura posições, procedimentos invasivos, mudança fralda, colo, canguru)

(Abdeyazdan et al., 2010; Gouna, et al., 2013; Jeanson, 2013; Spilker, Hill & Rosenblum, 2016; Sousa et al., 2016)

Posicionamento no berço



- **Posição dos ombros** – manter os ombros ligeiramente fletidos
- **Localização das mãos e braços** - Mãos a tocar a face, braços fletidos
- **Posição pélvica** - Ancas alinhadas e suavemente fletidas
- **Orientação dos joelhos, tornozelos e pés** - Joelhos, tornozelos e pés alinhados e ligeiramente fletidos
- **Posição da cabeça** - Cabeça posicionada na linha média ou a menos de 45º em relação à linha média;
- **Posição do pescoço** – Pescoço neutro, cabeça ligeiramente fletida para a frente 10º.



(Coughlin et al., 2010)

Posicionamento para Procedimentos



- Manter o RN posicionado em flexão, contenção e orientado à linha média, com recurso ao ninho para o posicionamento, durante a intervenção (ex. punção venosa ou do calcanhar) libertando apenas o membro a puncionar.



(Fonseca & Barros, 2016)

Posicionamento para Procedimentos



- Imobilização do RN em múmia para procedimentos, tais como entubação gástrica, envolvendo o RN em lençol ou manta, tendo o cuidados de colocar a cabeça na linha média, as mãos na linha média e junto à face.



(Fonseca & Barros, 2016)

Referências Bibliográficas



- Abdeyazdan, Z., Nematollahi, M., Ghazavi, Z. & Mohamadizadeh, M. (2010). The effects of supine and prone positions on oxygenation in premature infants undergoing mechanical ventilation. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 15 (4), 229-233.
- Altier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 13 (1), 9-22. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>.
- Aucott, S., Donohue, P. K., Atkins, E., & Allen, M.C. (2002). Neurodevelopmental care in the NICU. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 8 (4), 298-308.
- Chen, S., Tzeng, Y.L., Gau, B.S., Kuo, P.C. & Chen, J.Y. (2013). Effects of prone and supine positioning on gastric residuals in preterm infants: A time series with cross-over study. *International Journal of Nursing Studies*. 50, 1459-1467. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.02.009>.
- Coughlin, M., Lohman, M. & Gibbins, S. (2010). Reliability and Effectiveness of an Infant Positioning Assessment Tool to Standardize Developmentally Supportive Positioning Practices in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 10 (2), 104-106. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2010.03.003>.
- Dursing, S., Mercer, V., Yu, B., Reilly, M. & Thorpe, D. (2005). Trunk position in supine of infants born preterm and at term: an assessment using a computerized pressure mat. *Pediatric Physical Therapy*. 17 (1), 2-10.
- Ewer, A.K., James, M.E. & Tobin, J.M. (1999). Prone and left lateral positioning reduce gastro-oesophageal reflux in preterm infants. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 81 (3), F201-F205.
- Ferrari, F., Bertoni, N., Gallo, C., Roversi, M.F., Guerra, M.P., Ranzi, A. & Hadders-Algra, M. (2007). Posture and movement in healthy preterm infants in supine position in and outside the nest. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 92 (5), F386-F390.
- Fonseca, R. & Barros, I. (2016). Terapêutica de posição em neonatologia. In Lourenço, M.J., Ferreira, O. & Baixinho, C.L. (Coords). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp.185-193). Loures: Lusodidacta.
- Gouna, G., Rakza, T., Kulssi, E., Pennaforte, T., Mur, S. & Storme, L. (2013). Positioning Effects on Lung Function and Breathing Pattern in Premature Newborns. *The Journal of Pediatrics*. 162 (6), 1133-1137. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.11.036>.
- Hunter, J. (2010). Therapeutic positioning: neuromotor, physiologic and sleep implications. In Kenner & McGrath (Eds). *Developmental Care of Newborns and Infants, A Guide for Health Professionals* (pp. 285-312) (2ª ed.). Glenview: NANN.

Referências Bibliográficas



- Jeanson, E. (2013). One-to-One Bedside Nurse Education as a Means to Improve Positioning Consistency. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13 (1), 27-30. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.004>.
- Keller, A., Arbel, N., Merlob, P. & Davidson, S. (2003). Neurobehavioral and autonomic effects of hammock positioning in infants with very low birth weight. *Pediatric Physical Therapy*. 15 (1), 3-7.
- McManus, B.M., & Capistran, P.S. (2008). A Case Presentation of Early Intervention with Dolichocephaly in the NICU: Collaboration Between the Primary Nursing Team and the Developmental Care Specialist. *Neonatal Network*. 27 (5), 307-315.
- Madlinger-Lewis, L., Reynolds, L., Zarem, C., Crapnell, T., Inder, T. & Pineda, R. (2014). The effects of alternative positioning on preterm infants in the neonatal intensive care unit: A randomized clinical trial. *Research in Developmental Disabilities*. 35 (2), 490-497. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2013.11.019>.
- Monterosso, L., Kristjanson, L.J., Cole, J. & Evans S.F. (2003). Effect of postural supports on neuromotor function in very preterm infants to term equivalent age. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 39 (3), 197-205.
- Nakano, H., Kihara, H., Nakano, J. & Konishi, Y. (2010). The Influence of Positioning on Spontaneous Movements of Preterm Infants. *Journal of Physical Therapy Science*. 22 (3), 337-344.
- Sousa, B.S.T., Dias, C.M.M.S., Pedro, C.S., Artileiro, G.C.T.D. & Curado, M.A. (2016). Cuidar para o desenvolvimento: a terapêutica de posição no recém-nascido pré-termo. In Lourenço, M.J., Ferreira, O. & Baixinho, C.L. (Coords). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp.167-184). Loures: Lusodidacta.
- Spilker, A.; Hill, H. & Rosenblum, R. (2016). The effectiveness of a standardised positioning tool and bedside education on the developmental positioning proficiency of NICU nurse. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2016 (35), 10-15. DOI /10.1016/j.iccn.2016.01.00
- Sweeney, J.K. & Gutierrez, T. (2002). Musculoskeletal Implications of Preterm Infant Positioning in the NICU. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 16 (1), 58-70.
- Vaivre-Douret, L., Ennour, K., Jrad, I., Garrec, C. & Papiernik, E. (2004). Effect of positioning on the incidence of abnormalities of muscle tone in low-risk, preterm infants. *European Journal of Paediatric Neurology*. 8 (1), 21-34. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpn.2003.10.001>.

Referências Bibliográficas



- Waitzman, K.A. (2007). The importance of Positioning the Near-term Infant for Sleep, Play and Development. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 7 (2), 76-81. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2007.05.004>.
- Zarem, C., Crapnell, T., Tiltges, L., Madlinger, L., Reynolds, L., Lukas, K. & Pineda, R. (2013). Neonatal Nurses' and Therapists' Perceptions of Positioning for Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*. 32 (2), 110-116. DOI:[10.1891/0730-0832.32.2.110](https://doi.org/10.1891/0730-0832.32.2.110).

**Apêndice X –
Poster “Posicionamento do Recém-Nascido”**

Posicionamento do Recém-Nascido

O Posicionamento Terapêutico promove a estabilidade e desenvolvimento neuro-motor e neuro-comportamental, o desenvolvimento músculo-esquelético e densidade óssea, a função fisiológica e estabilidade, auto-regulação, a integridade da pele, regulação térmica, sono, o desenvolvimento cerebral, contenção/segurança e conforto (Sweeney & Gutierrez, 2002; Waitzman, 2007; Hunter, 2010; Altimier & Phillips, 2013; Fonseca & Barros, 2016)

Princípios

- Contenção adequada, flexão e orientação à linha média
- Flexão e contenção flexível
- Limites suaves - estabilidade postural, comportamental e fisiológica

Posicionamento no Berço

- **Posição dos ombros** – manter os ombros ligeiramente fletidos
- **Localização das mãos e braços** - Mãos a tocar a face, braços fletidos
- **Posição pélvica** - Ancas alinhadas e suavemente fletidas
- **Orientação dos joelhos, tornozelos e pés** - Joelhos, tornozelos e pés alinhados e ligeiramente fletidos
- **Posição da cabeça** - Cabeça posicionada na linha média ou a menos de 45º em relação à linha média
- **Posição do pescoço** – Pescoço neutro, cabeça ligeiramente fletida para a frente 10º

(Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010)



Posicionamento para procedimentos

Ex. punção venosa ou do calcanhar

Manter o RN posicionado em flexão, contenção e orientado à linha média, com recurso ao ninho para o posicionamento, durante a intervenção libertando apenas o membro a puncionar (Fonseca & Barros, 2016)



Ex. entubação oro/nasogástrica

Imobilização do RN em múmia para procedimentos, tais como entubação gástrica, envolvendo o RN em lençol ou manta, tendo o cuidados de colocar a cabeça na linha média, as mãos na linha média e junto à face (Fonseca & Barros, 2016)



Apêndice XI –
Norma de procedimento
“Posicionamento do Recém-Nascido (0-28 dias)”

			DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM
Norma nº - Posicionamento do Recém-Nascido (0-28 dias)			Aprovado em:
Elaborado Por: Inês Cruz (Aluna ESIP), Patrícia Cardoso Em: Novembro de 2017	Revisto por:	Próxima Revisão: _____ / _____	Enfª Directora

1- DEFINIÇÃO

O posicionamento terapêutico tem como objetivo a promoção do alinhamento estrutural normal e o controlo neuro-motor necessário para que se processe a otimização do desenvolvimento das capacidades motoras e posturais do recém-nascido (RN), assim *“O posicionamento terapêutico é fundamental para a estabilidade e funcionamento fisiológico, integridade cutânea, regulação térmica, densidade óssea, facilita o sono e para o desenvolvimento cerebral.”* (Altimier & Phillips, 2013).

No útero materno, o feto tem fronteiras dinâmicas a três dimensões durante todo o tempo. A posição fetal é sempre em flexão, contida e orientada à linha média tendo em conta a cabeça e extremidades.

De acordo com os autores, o posicionamento terapêutico e adequado é uma das intervenções mais simples para fornecer suporte postural e que tem impacto imediato e duradouro sobre o desenvolvimento do RN. O posicionamento terapêutico é uma estratégia de intervenção usada para promover a estabilidade neuro-motora e neuro-comportamental. É um pilar fundamental e pode influenciar não só o desenvolvimento neuro-motor e músculo-esquelético, mas também a função fisiológica e a estabilidade, a integridade da pele, a regulação térmica, a densidade óssea. Pode ainda promover o sono e o desenvolvimento do cérebro. Os principais objetivos são apoiar a postura e o movimento; otimizar o desenvolvimento músculo-esquelético e o alinhamento biomecânico; proporcionar exposição controlada a estímulos propriocetivos, tácteis e visuais; promover a organização comportamental; prevenir o achatamento da cabeça e a rotação externa das ancas, e assim prevenir posturas e movimentos assimétricos. O posicionamento terapêutico é uma intervenção de cuidados essenciais que utiliza suportes externos para compensar os sistemas neuro-motor, fisiológico e neuro-sensorial do RN. Aumenta os sentimentos de segurança e autorregulação do RN e diminui o *stress* através da contenção. O posicionamento em flexão, contenção e

			DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM
<i>Norma nº - Posicionamento do Recém-Nascido (0-28 dias)</i>			Aprovado em:
Elaborado Por: Inês Cruz (Aluna ESIP), Patrícia Cardoso Em: Novembro de 2017	Revisto por:	Próxima Revisão: _____ / _____	Enfª Directora

orientado à linha média, utilizando auxiliares de posicionamento reduz a área superficial do RN exposta, reduzindo assim as perdas de calor radiante e convectivo; previne o aparecimento de deformidades cranianas e promove o desenvolvimento cerebral simétrico. É consensual que o RN deve experimentar a alternância de decúbitos para prevenir o aparecimento de úlceras por pressão e para adquirir uma maior diversidade da estimulação sensorial, organização comportamental, satisfação emocional e autorregulação do RN. Promove também um melhor desempenho da função pulmonar, gastrointestinal e diminui os indicadores comportamentais de dor.

2- OBJECTIVOS

- Uniformizar as intervenções de enfermagem no posicionamento terapêutico do RN (0-28dias)
- Contribuir para uma maior eficácia na actuação da equipa de enfermagem no posicionamento terapêutico do RN com contributo para a melhoria contínua dos cuidados
- Facilitar a integração de novos elementos

3- ÂMBITO

Aplica-se aos enfermeiros do Serviço de Urgência de Pediatria.

4- RESPONSABILIDADE

Enfermeiros do Serviço de Urgência de Pediatria.

			DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM
<i>Norma nº - Posicionamento do Recém-Nascido (0-28 dias)</i>			Aprovado em:
Elaborado Por: Inês Cruz (Aluna ESIP), Patrícia Cardoso Em: Novembro de 2017	Revisto por:	Próxima Revisão: _____ / _____	Enfª Directora

5- PRINCÍPIOS

- Manter um alinhamento adequado do corpo (orientação à linha média, flexão e contenção)
- Adequar os equipamentos de suporte músculo-esquelético para promover o crescimento e desenvolvimento
- Proporcionar conforto e segurança através da contenção facilitando o levar as mãos à face e/ou à boca para se auto-regular
- Promover medidas de descanso
- Promover a segurança e conforto

6- REQUISITOS

PROCEDIMENTO	JUSTIFICAÇÃO
Em Berço	
Posicionar e manipular em flexão, contenção e orientação à linha média durante todas as intervenções/cuidados; Vigiar o posicionamento do RN em cada interação e modificá-lo de forma a dar suporte e uma orientação simétrica relativamente à sua linha média corporal: <ul style="list-style-type: none"> • Posição dos ombros – manter os ombros ligeiramente fletidos; 	Prevenção de complicações, favorece a estimulação sensorial, promove a segurança e organização comportamental, assim como a satisfação e auto-regulação do RN

			DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM
Norma nº - Posicionamento do Recém-Nascido (0-28 dias)			Aprovado em:
Elaborado Por: Inês Cruz (Aluna ESIP), Patrícia Cardoso Em: Novembro de 2017	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enfª Directora



- **Localização das mãos e braços -** Mãos a tocar a face, braços fletidos;
- **Posição pélvica -** Ancas alinhadas e suavemente fletidas;
- **Orientação dos joelhos, tornozelos e pés -** Joelhos, tornozelos e pés alinhados e ligeiramente fletidos;
- **Posição da cabeça -** Cabeça posicionada na linha média ou a menos de 45° em relação à linha média;
- **Posição do pescoço -** Pescoço neutro, cabeça ligeiramente fletida para a frente 10°.



Avaliar e registar cada posicionamento do RN no ALERT ®

Registo dos cuidados prestados garantindo a continuidade dos cuidados

			DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM
Norma nº - Posicionamento do Recém-Nascido (0-28 dias)			Aprovado em:
Elaborado Por: Inês Cruz (Aluna ESIP), Patrícia Cardoso Em: Novembro de 2017	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enfª Directora

Colocar o RN em decúbito dorsal para dormir uma vez que demonstre a capacidade para manter flexão fisiológica nessa posição	
Adequar o equipamento de suporte músculo-esquelético	Garantir o correto posicionamento
Para Procedimentos	
<p>Manter o RN posicionado em flexão, contenção e orientado à linha média, com recurso ao ninho para o posicionamento, durante a intervenção (ex. punção venosa ou do calcanhar), libertando apenas o membro a puncionar.</p> <div data-bbox="225 1357 472 1684">  </div> <div data-bbox="529 1361 745 1684">  </div> <p>Imobilização do RN em múmia para procedimentos, tais como entubação gástrica, envolvendo o RN em lençol ou manta, tendo o cuidado de colocar a</p>	<p>Promover o conforto e os cuidados para o desenvolvimento, facilitar a organização e minimizar os níveis de <i>stress</i> e dor</p>

			DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM
Norma nº - Posicionamento do Recém-Nascido (0-28 dias)			Aprovado em:
Elaborado Por: Inês Cruz (Aluna ESIP), Patrícia Cardoso Em: Novembro de 2017	Revisto por:	Próxima Revisão: ____ / ____	Enfª Directora

cabeça na linha média, as mãos na linha média e junto à face.



7- MATERIAL

- Ninho
- Rolos
- Almofada moldável
- Almofada de ventral
- Almofada de gel
- Lençol ou manta

8- BIBLIOGRAFIA

- Abdeyazdan, Z., Nematollahi, M., Ghazavi, Z. & Mohhamadzadeh, M. (2010). The effects of supine and prone positions on oxygenation in premature infants undergoing mechanical ventilation. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 15(4), 229-233.

			DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM
Norma nº - Posicionamento do Recém-Nascido (0-28 dias)			Aprovado em:
Elaborado Por: Inês Cruz (Aluna ESIP), Patrícia Cardoso Em: Novembro de 2017	Revisto por:	Próxima Revisão: _____ / _____	Enfª Directora

- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 13(1), 9-22. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>.
- Aucott, S., Donohue, P. K., Atkins, E., & Allen, M.C. (2002). Neurodevelopmental care in the NICU. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 8(4), 298–308.
- Coughlin, M., Gibbins, S. & Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*. 65(10), 2239-2248.
- Ewer, A.K., James, M.E. & Tobin, J.M. (1999). Prone and left lateral positioning reduce gastro-oesophageal reflux in preterm infants. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 81(3), F201-F205.
- Fonseca, R. & Barros, I. (2016). Terapêutica de posição em neonatologia. In Lourenço, M.J., Ferreira, O. & Baixinho, C.L. (Coords). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp.185-193). Loures: Lusodidacta.
- Gouna, G., Rakza, T., Kuissi, E., Pennaforte, T., Mur, S. & Storme, L. (2013). Positioning Effects on Lung Function and Breathing Pattern in Premature Newborns. *The Journal of Pediatrics*. 162(6), 1133–1137. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.11.036>.
- Grunau, R.E., Linhares, M.B.M., Holsti, L., Oberlander, T.F. & Whitfield, M.F. (2004). Does Prone or Supine Position Influence Pain Responses in Preterm Infants at 32 Weeks Gestational Age? *The Clinical Journal of Pain*. 20(2), 76-82.
- Hunter, J. (2010). Therapeutic positioning: neuromotor, physiologic and sleep implications. In Kenner & McGrath (Eds). *Developmental Care of Newborns and Infants, A Guide for Health Professionals* (pp. 285-312) (2ª ed.). Glenview: NANN.

		DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM	
Norma nº - Posicionamento do Recém-Nascido (0-28 dias)			Aprovado em:
Elaborado Por: Inês Cruz (Aluna ESIP), Patrícia Cardoso Em: Novembro de 2017	Revisto por:	Próxima Revisão: _____ / _____	Enfª Directora

- McManus, B.M., & Capistran, P.S. (2008). A Case Presentation of Early Intervention with Dolichocephaly in the NICU: Collaboration Between the Primary Nursing Team and the Developmental Care Specialist. *Neonatal Network*. 27(5), 307-315.
- Modesto, I.F., Avelar, A.F.M., Pedreira, M.D.L.G., Pradella-Hallinan, M., Avena, M.J. & Pinheiro, E.M. (2016). Effect of sleeping position on arousals from sleep in preterm Infants. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 21(3), 131-138. DOI:10.1111/jspn.12147.
- Peng, N.H., Chen, L.L., Li, T.C., Smith, M., Chang, Y.S. & Huang, L.C. (2014). The effect of positioning on preterm infants' sleep-wake states and stress behaviours during exposure to environmental stressors. *Journal of Child Health Care*. 18(4), 314-325. DOI:10.1177/1367493513496665.
- Picheansathian, W., Woragidpoonpol, P. & Baosoung, C. (2009). Positioning of preterm infants for optimal physiological development: a systematic review. *JBIC Library of Systematic Reviews*. 7(7), 224-259.
- Sousa, B.S.T., Dias, C.M.M.S., Pedro, C.S., Artilheiro, G.C.T.D. & Curado, M.A. (2016). Cuidar para o desenvolvimento: a terapêutica de posição no recém-nascido pré-termo. In Lourenço, M.J., Ferreira, O. & Baixinho, C.L. (Coords). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp.167-184). Loures: Lusodidacta.
- Sweeney, J.K. & Gutierrez, T. (2002). Musculoskeletal Implications of Preterm Infant Positioning in the NICU. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 16(1), 58-70.
- Waitzman, K.A. (2007). The importance of Positioning the Near-term Infant for Sleep, Play and Development. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 7(2), 76-81. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2007.05.004>.

**Apêndice XII –
Diapositivos da apresentação
“Posicionamento do Recém-Nascido”**



Posicionamento do Recém-Nascido

Inês Rebelo da Cruz

Sumário

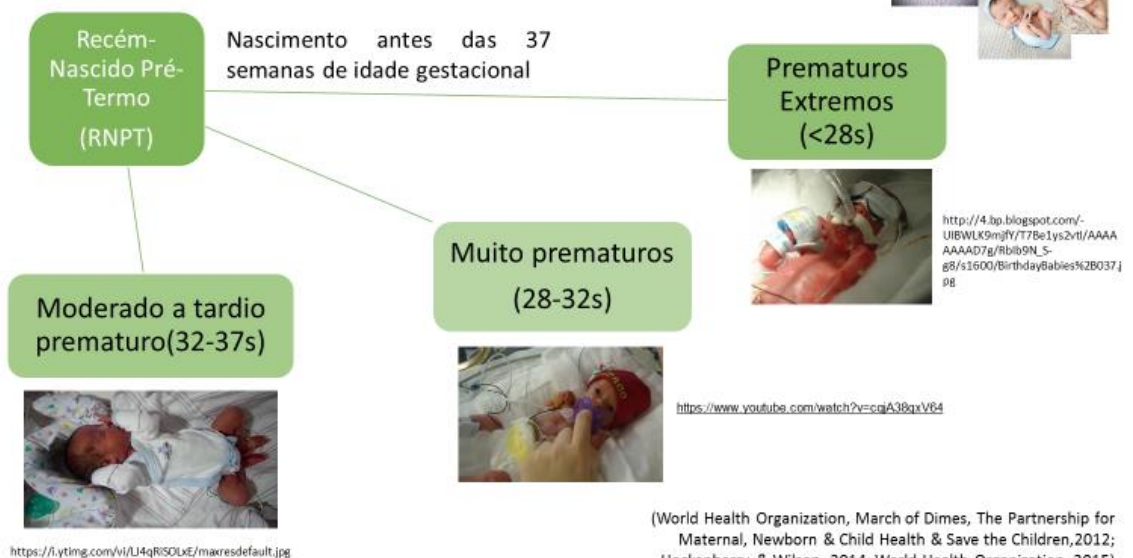


- ✓ Dados Epidemiológicos
- ✓ Desenvolvimento Embrionário
- ✓ Posicionamento Terapêutico
- ✓ Projeto de Investigação
 - ✓ “O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia: *Posicionar para Melhor Cuidar*”
- ✓ Referências Bibliográficas



Dados Epidemiológicos

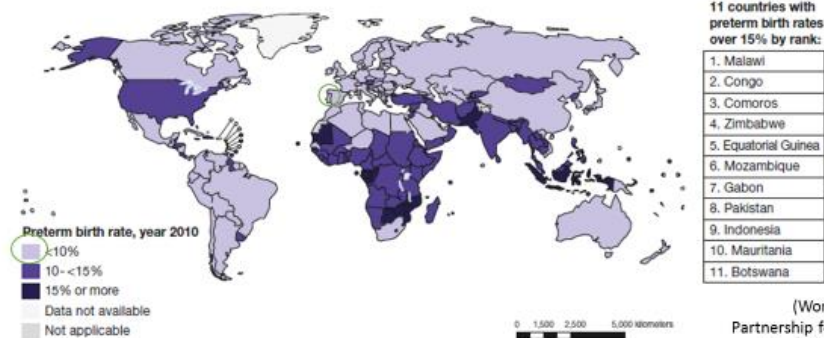
Conceito de Recém-Nascido



(World Health Organization, March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health & Save the Children, 2012; Hockenberry & Wilson, 2014; World Health Organization, 2015)

Epidemiologia RNPT: Em cada Ano

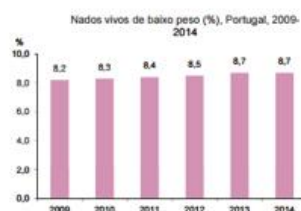
- ✓ 15 milhões de nascimentos
- ✓ 1,1 milhões mortes por complicações do nascimento
- ✓ 1 milhão mortes até <5 anos



(World Health Organization, March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health & Save the Children, 2012; World Health Organization, 2015)

Epidemiologia RNPT: Portugal

- ✓ 8,7% do total de nascimentos em 2014



(Instituto Nacional de Estatística, I.P., 2015)

- ✓ Prematuridade <32 semanas - principal causa paralisia cerebral (5A). *Extrema prematuridade risco 75-100% maior.*

(Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral, Unidade de Vigilância Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria, & Surveillance of Cerebral Palsy in Europe, 2012)

Nascer 17 bebés prematuros por dia em Portugal



<https://www.publico.pt/2016/06/03/sociedade/noticia/nascer-17-bebes-prematuros-por-dia-em-portugal-1733953>



Mortalidade infantil com valor mais baixo de sempre em 2014



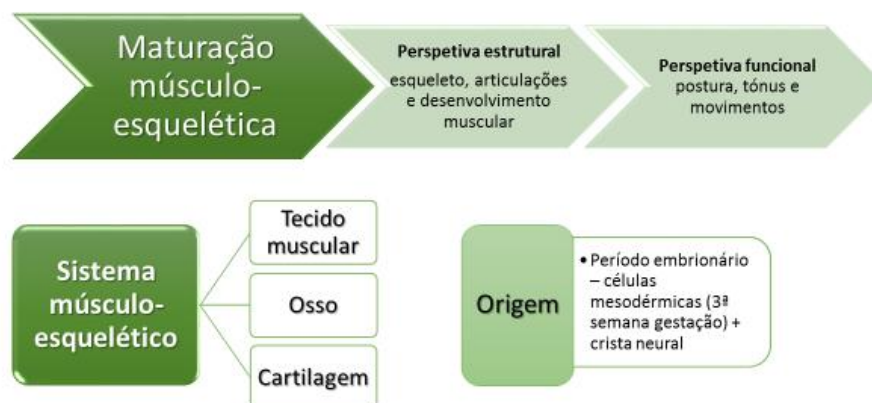
Das duas registadas em 2014, a mortalidade infantil em Portugal foi a mais baixa de sempre, com 1,1 por mil nascimentos, revelou a Direção-Geral da Saúde.

<http://www.dg.pt/portugal/interior/mortalidade-infantil-com-valor-mais-baixo-de-sempre-em-2014-4350125.html>



Desenvolvimento Embrionário

Desenvolvimento Embrionário



Desenvolvimento Embrionário



Fase ovo ou
zigoto

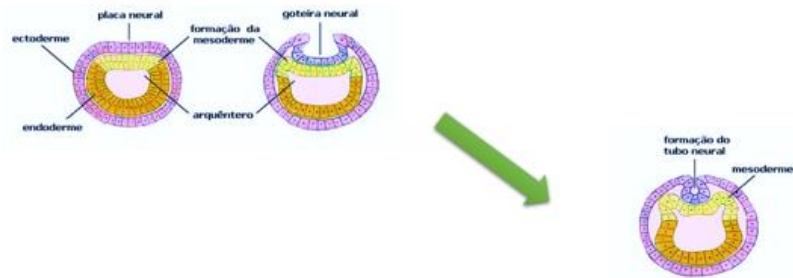


Fase
embrionária



Fase fetal

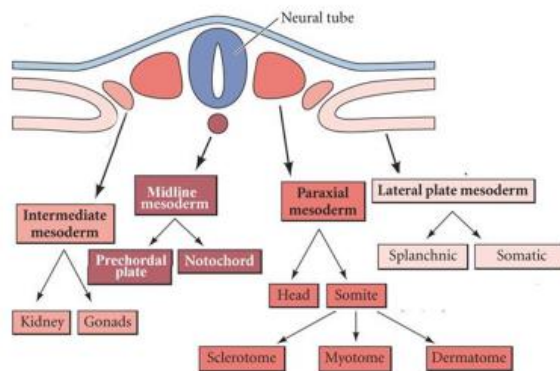
3ª semana gestação



Desenvolvimento Embrionário



3ª semana gestação



vértebras
e costelas

músculos

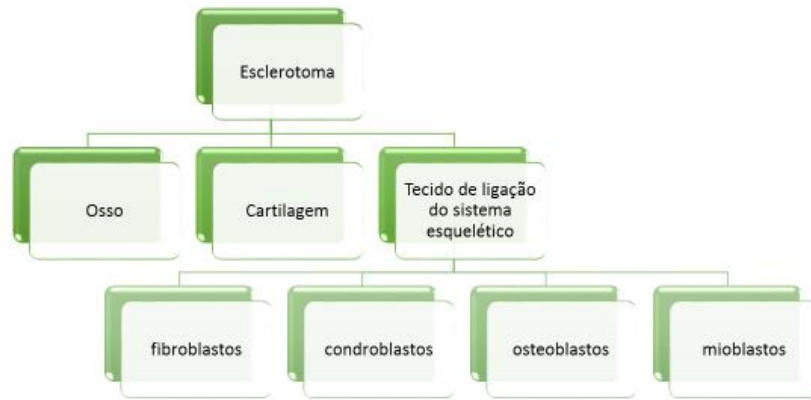
pele

Desenvolvimento Embrionário

Desenvolvimento Esquelético



3ª semana gestação



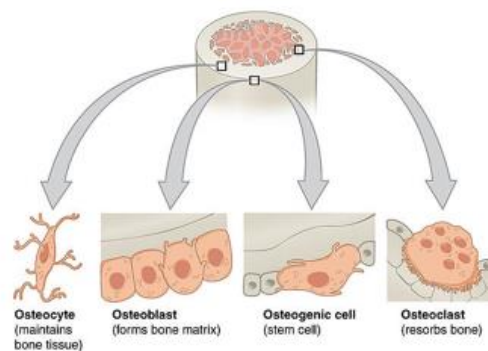
Desenvolvimento Embrionário

Desenvolvimento Esquelético

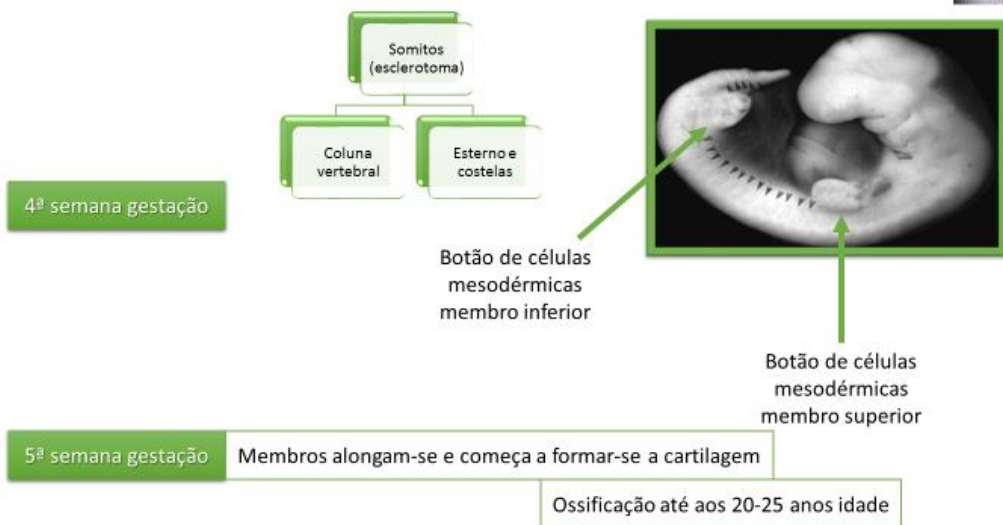


Funções

- Suporte
- Proteção
- Hematopoiese
- Movimento
- Armazenamento mineral



Desenvolvimento Embrionário



Desenvolvimento Embrionário



Desenvolvimento Muscular



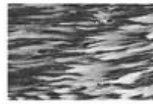
Funções
<ul style="list-style-type: none"> • Movimento • Movimento de fluídos corporais • Estabilidade corporal • Produção de calor (85%)

Características
<ul style="list-style-type: none"> • Excitabilidade • Contração • Extensibilidade • Elasticidade

Desenvolvimento Embrionário



Músculo liso

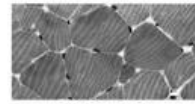


LISO



Dispõem-se nos órgãos

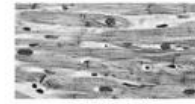
Músculo estriado



ESTRIADO
ESQUELÉTICO



Tracionam os ossos, movimentos voluntários



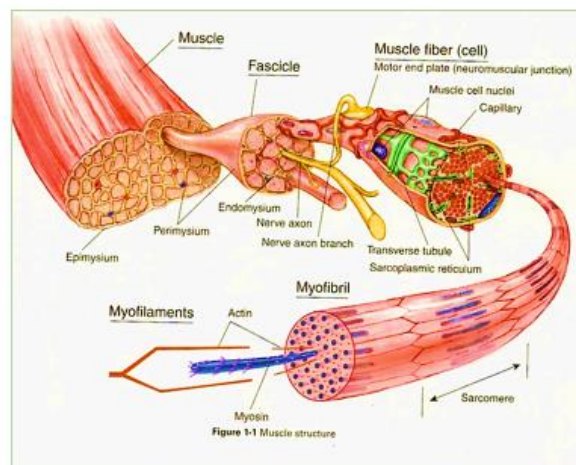
ESTRIADO
CARDÍACO



Desenvolvimento Embrionário

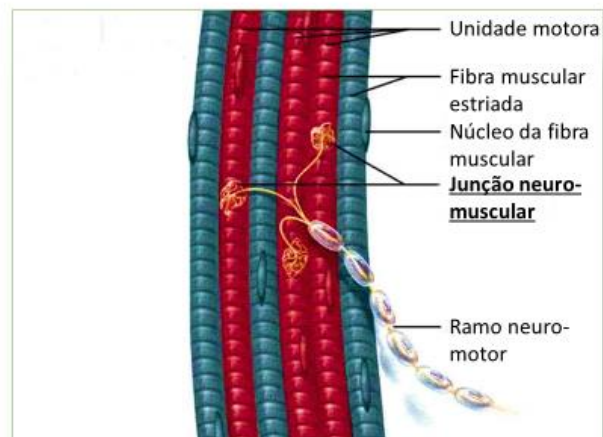


Anatomia Muscular



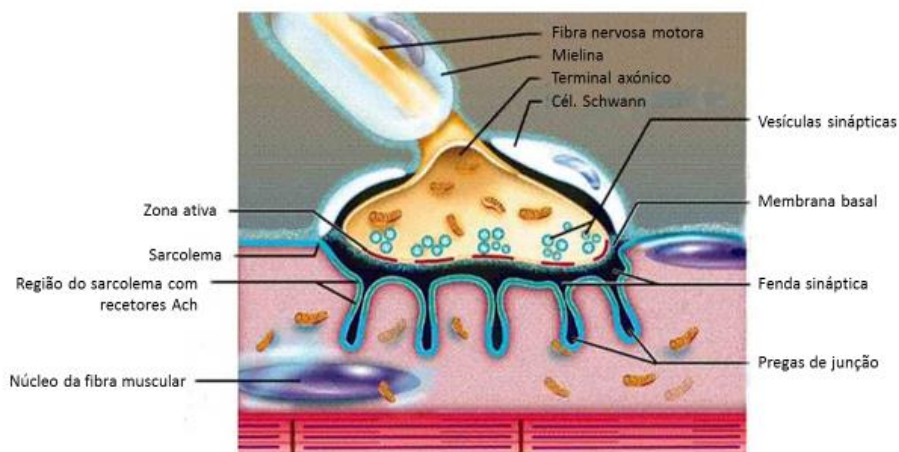
Desenvolvimento Embrionário

Unidade Neuro-motora



Desenvolvimento Embrionário

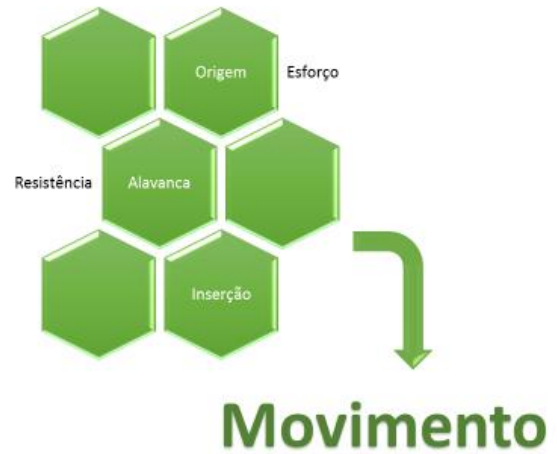
Junção neuro-muscular



Desenvolvimento Embrionário



Sistema Muscular ↔ Sistema Esquelético



Desenvolvimento Embrionário



7ª semana (48 – 51 dias), 16 a 18 mm
Estádio Carnegie 19



Desenvolvimento Embrionário



8ª semana (56 – 60 dias), 27 a 31 mm
Estádio Carnegie 23



Ambiente intrauterino: *Ideal*



Posicionamento intra-uterino



O feto está
constantemente

Fletido

Contido

Alinhado à linha média

Ambiente intrauterino: *Ideal*

- ✓ Contato permanente com a mãe
- ✓ Limites/ barreiras suaves e seguras
- ✓ Exposição limitada a estímulos
- ✓ Acesso fácil mãos à boca
- ✓ Meio anti-gravidade – desenvolvimento simétrico
- ✓ Regulação ciclos de sono



<https://biosom.com.br/blog/curiosidades/como-funciona-a-audicao-de-um-feto/>

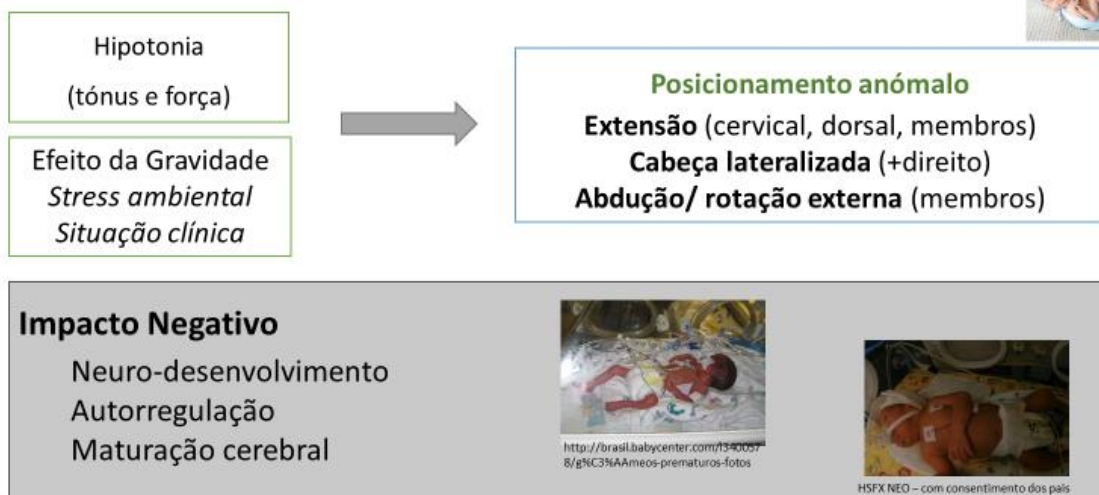


Apoia o neuro-desenvolvimento

Promove a autorregulação

(Sweeney & Gutierrez, 2002; Waitzman, 2007; Hunter, 2010; Altimier & Phillips, 2013; Zarem, Crapnell, Tiltges, Madlinger, Reynolds, Lukas & Pineda, 2013)

Transição extratrauterina: *RNPT*



(Sweeney & Gutierrez, 2002; Zomignani, Zambelli & Antonio, 2009; Hunter, 2010)

Transição extratrauterina: RNPT

Decúbito dorsal anômalo



Transição extratrauterina: RNPT

Decúbito ventral anômalo



Transição extratrauterina: RNPT

Decúbito lateral anômalo



Transição extratrauterina: RNPT

Moldagem do crânio

Braquicefalia



Transição extratrauterina: RNPT



Moldagem do crânio

Dolicocefalia



**Posicionamento
Terapêutico**



(Altimier & Phillips, 2013)

Posicionamento e Manipulação



- ✓ Na atualidade, devido ao desenvolvimento científico e tecnológico, tem ocorrido uma redução a nível mundial das taxas de mortalidade infantil

(World Health Organization, 2008; Instituto Nacional de Estatística, 2015)

- ✓ A evolução dos cuidados de saúde ao longo das últimas décadas proporcionou a oportunidade de sobrevivência de RN com idade gestacional superior a 22 semanas

(Altimier & Phillips, 2013)

- ✓ Risco de desenvolver alterações musculoesqueléticas, neuro-comportamentais ou posturais

(Picheansathian, Woragidpoonpol & Baosoung 2009; Altimier & Phillips, 2013)

- ✓ Estratégias de prevenção e estimulação durante o período de internamento

(Araújo, 2010)

Posicionamento e Manipulação



- ✓ O RNPT está em maior risco de desenvolver problemas motores, cognitivos, neurológicos e alterações comportamentais

(Picheansathian, Woragidpoonpol & Baosoung 2009; Altimier & Phillips, 2013)

- ✓ A compreensão do modo como podemos apoiar o desenvolvimento do frágil sistema neurológico do RNPT permite diminuir os efeitos negativos do ambiente da UCIN

(Altimier & Phillips, 2013)

- ✓ Os RNPT são incapazes de adotar um posicionamento estável adequado sem a utilização de suportes apropriados

(Jeanson, 2013)

- ✓ O alinhamento corporal do RN em repouso é um dos fatores que contribui para o neurodesenvolvimento, mas também o modo como é manipulado

(Altimier & Phillips, 2013)

Posicionamento Terapêutico



- ✓ Tem por objetivo a tentativa de replicação do apoio contido e harmonioso do útero materno, proporcionando para tal suporte postural e de movimento, afim de otimizar o desenvolvimento musculoesquelético e promover o desenvolvimento de respostas adaptativas semelhantes às apresentadas por RN de termo saudáveis (Altimier & Phillips, 2013)

- ✓ É uma das intervenções que se pode iniciar mais precocemente para contribuir para o neurodesenvolvimento (Waitzman, 2007; Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014)

- ✓ O posicionamento terapêutico promove o suporte postural, estabilidade neuro-motora e neuro-comportamental, desenvolvimento neuro-motor e musculoesquelético, alinhamento biomecânico, função fisiológica e a estabilidade, integridade da pele, regulação térmica, densidade óssea, sono, segurança e desenvolvimento do cérebro (Aucott, Donohue, Atkins & Allen, 2002; Sweeney & Gutierrez, 2002; Waitzman, 2007; Hunter, 2010; Altimier & Phillips, 2013; Fonseca & Barros, 2016)

Posicionamento Terapêutico



Objetivos

- ✓ **Suporte** (postural/ movimento vs contenção) e **Alinhamento** postural (Simetria, equilíbrio muscular, movimento)
- ✓ **Autorregulação** (sono/consolo/dor/consumo energia)
- ✓ **Homeostasia** (cerebral, respiratória, gástrica, tegumentar, térmica)
- ✓ **Estimulação** controlada (proprioceptiva, tátil e visual)
- ✓ **Desenvolvimento** (músculo-esquelético/ alinhamento biomecânico)

(Ewer, James, & Tobin, 1999; Aucott, Donohue, Atkins & Allen, 2002; Sweeney & Gutierrez, 2002; Keller, Arbel, Merlob & Davidson, 2003; Monterosso, Kristjanson, Cole & Evans, 2003; Vaivre-Douret, Ennourib, Jrad, Garrecd & Papiernik, 2004; Dursing, Mercer, Yu, Reilly & Thorpe, 2005; Ferrari, Bertocelli, Gallo, Roversi, Guerra, Ranzi & Hadders-Algra, 2007; Waitzman, 2007; McManus & Capistran, 2008; Abdeyazdan, Nematollahi, Ghazavi, & Mohhamadzadeh, 2010; Hunter, 2010; Nakano, Kihara, Nakano & Konishi, 2010; Altimier & Phillips, 2013; Chen, Tzeng, Gau, Kuo & Chen, 2013; Gouna, Rakza, Kuissi, Pennaforte, Mur & Storme, 2013; Zarem, Crapnell, Tiltges, Madlinger, Reynolds, Lukas & Pineda, 2013; Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014; Fonseca & Barros, 2016; Sousa, Dias, Pedro, Artileiro & Curado, 2016)

Posicionamento Terapêutico



Objetivos

- ✓ Padrões normais **crescimento/desenvolvimento**
- ✓ **Modelagem** craniana
- ✓ Organização/Maturação **SNS**
- ✓ **Autorregulação** (estimulação sensorial controlada)
- ✓ **Contenção/Segurança** (limites/fronteiras) e **Conforto** (mãos à boca)
- ✓ Diminui os indicadores comportamentais de **dor**
- ✓ **Habilidades motoras finas**

(Ewer, James, & Tobin, 1999; Aucott, Donohue, Atkins & Allen, 2002; Sweeney & Gutierrez, 2002; Keller, Arbel, Merlob & Davidson, 2003; Vaivre-Douret, Ennourib, Jrad, Garrec & Papiernik, 2004; Dursing, Mercer, Yu, Reilly & Thorpe, 2005; Ferrari, Bertoncelli, Gallo, Roversi, Guerra, Ranzi & Hadders-Algra, 2007; Waitzman, 2007; McManus & Capistran, 2008; Abdeyazdan, Nematollahi, Ghazavi, & Mohamadizadeh, 2010; Hunter, 2010; Nakano, Kihara, Nakano & Konishi, 2010; Altimier & Phillips, 2013; Chen, Tzeng, Gau, Kuo & Chen, 2013; Gouna, Rakza, Kuissi, Pennaforte, Mur & Storme, 2013; Zarem, Crapnell, Tiltges, Madlinger, Reynolds, Lukas & Pineda, 2013; Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014; Fonseca & Barros, 2016; Sousa, Dias, Pedro, Artileiro & Curado, 2016)

Posicionamento Terapêutico



Princípios Fundamentais

- ✓ Avaliar o ciclo de sono-vigília do RN para planejar o momento adequado para o reposicionamento (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014)
- ✓ Fornecer suporte durante o posicionamento (Altimier & Phillips, 2013)
- ✓ Promover contacto das mãos com a boca (Altimier & Phillips, 2013)
- ✓ O RN deve estar na linha média em flexão e numa posição confortável em todos os momentos do posicionamento, usando para tal ajudas de posicionamento e limites adequados (Coughlin, 2014)
- ✓ Os dispositivos utilizados para o posicionamento devem permitir o movimento espontâneo, fornecer contenção tátil e permitir a percepção do próprio corpo (Sweeney & Gutierrez, 2010; Altimier & Phillips, 2013)
- ✓ Os RN com menos de 32 semanas de gestação deverão ter a cabeça na linha média nas primeiras 72 horas de vida ou até que atinjam estabilidade hemodinâmica (Coughlin, 2014)

Posicionamento Terapêutico



Princípios Fundamentais

- ✓ As ajudas de posicionamento são gradualmente removidas à medida que o bebê em decúbito dorsal demonstra flexão fisiológica da parte superior do corpo. A partir deste momento deve dormir em decúbito dorsal sem dispositivos de apoio

(Coughlin, 2014)

- ✓ A permanência em decúbito ventral pode e deve ser incentivada nas atividades diárias do bebê

(Sweeney & Gutierrez, 2010; Coughlin, 2014)

- ✓ Educar os pais sobre os princípios e técnicas de posicionamento

(Altimier & Phillips, 2013)

Manipulação do Recém-Nascido



Princípios Fundamentais

- ✓ Os cuidados devem ser estabelecidos com base nos sinais de stress do RN. O agrupamento ou o fracionamento dos cuidados deve depender da ausência ou da presença destes sinais

(Altimier & Phillips, 2013)

- ✓ A manipulação deve ser feita lentamente, modulando os movimentos, com as extremidades do RN fletidas e contidas

(Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014)

- ✓ O manuseio deve ser gentil e cuidado, fornecendo suporte à cabeça e aos quatro membros

(Altimier & Phillips, 2013)

- ✓ A manipulação e o toque frequentes podem perturbar o sono

(Coughlin, 2014)

- ✓ O RNPT de idade igual ou inferior a 26 semanas de gestação deve permanecer com a cabeça na linha média, mesmo quando é manipulado

(Coughlin, 2014)

- ✓ O RNPT (das 32s às 36s de idade gestacional/corrigida) beneficia de ser reposicionado a cada 3 ou 4 horas e sempre que necessário

(Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013)

Dispositivos de Apoio

- ✓ Contenção adequada, flexão e orientação à linha média
- ✓ Mimetizam harmonia uterina
- ✓ Flexão e contenção flexível
- ✓ Limites suaves - estabilidade postural, comportamental e fisiológica
- ✓ Promove:
 - ✓ Autorregulação
 - ✓ Estabilidade
 - ✓ Preservação de energia
 - ✓ Crescimento e desenvolvimento

(Monterosso, Kristjanson, Cole & Evans, 2003; Ferrari, Bertonecelli, Gallo, Roversi, Guerra, Ranzi & Hadders-Algra, 2007; Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010; Hunter, 2010; Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013; Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014)

Almofada moldável



<http://www.usa.phillips.com/healthcare/product/417889805603d1/frederick-frog-positioning-aid>

Almofada ventral



<http://www.usa.phillips.com/healthcare/product/417889805603d1/frederick-frog-positioning-aid>

Almofada gel



<http://www.usa.phillips.com/healthcare/product/417889805603d1/frederick-frog-positioning-aid>

Ninho



<http://www.usa.phillips.com/healthcare/product/417889805603d1/frederick-frog-positioning-aid>

Rolo



<http://www.usa.phillips.com/healthcare/product/417889805603d1/frederick-frog-positioning-aid>

<http://www.usa.phillips.com/healthcare/solutions/mother-and-child-care/infant-positioning-products>

Dispositivos de Apoio

- ✓ Contenção adequada, flexão e orientação à linha média
- ✓ Mimetizam harmonia uterina
- ✓ Flexão e contenção flexível
- ✓ Limites suaves - estabilidade postural, comportamental e fisiológica
- ✓ Promove:
 - ✓ Autorregulação
 - ✓ Estabilidade
 - ✓ Preservação de energia
 - ✓ Crescimento e desenvolvimento

(Monterosso, Kristjanson, Cole & Evans, 2003; Ferrari, Bertonecelli, Gallo, Roversi, Guerra, Ranzi & Hadders-Algra, 2007; Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010; Hunter, 2010; Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013; Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014)

Ninho



<http://www.dandeleonmedical.com/products/dandle-roo/>



<http://www.dandeleonmedical.com/products/dandle-wrap-stretch/>



<http://www.dandeleonmedical.com/products/dandle-roo2/>



<http://www.dandeleonmedical.com/products/dandle-pal/>



<http://www.dandeleonmedical.com/wp-content/uploads/2016/10/Dandle-PAL-info-sheet-emailable-11.15.pdf>

Almofada gel



<http://www.dandeleonmedical.com/products/gel-filled-pillows/>



Posicionamento Terapêutico



Decúbito Dorsal

IG – 29s
IC – 34s+1d
Dias de vida – 37 dias
PN – 967g Peso atual – 1562g



HSFX NEO – com consentimento dos pais

Vantagens:

- Prevenção Síndrome de Morte Súbita do Lactente
- Posicionamento da cabeça
- Visualização do RN
- Posicionamento equipamentos (TET, cateteres, drenos)
- Reduz achatamento lateral do crânio

Desvantagens:

- Função respiratória
- Tônus extensor, retração de ombros, hiperextensão cervical, abdução e rotação externa dos membros

(Ewer, James, & Tobin, 1999; Monterosso, Kristjanson, Cole, & Evans, 2003; Vaivre-Douret, Ennourib, Irad, Garred & Papiernik, 2004; Dursing, Mercer, Yu, Reilly & Thorpe, 2005; Ferrari, Bertocelli, Gallo, Roversi, Guerra, Ranzi & Hadders-Algra, 2007; Abdeyazdan, Nematollahi, Ghazavi, & Mohamadizadeh, 2010; Hunter, 2010; Nakano, Kihara, Nakano & Konishi, 2010; Chen, Tzeng, Gau, Kuo & Chen, 2013; Gouna, Rakza, Kuissi, Pennaforte, Mur & Storme, 2013; Zarem, Crapnell, Tiltges, Madlinger, Reynolds, Lukas & Pineda, 2013; Madlinger-Lewis et al., 2014; Fonseca & Barros, 2016; Sousa, Dias, Pedro, Artileiro & Curado, 2016)

Posicionamento Terapêutico



Decúbito Ventral

IG – 29s
IC – 34s+1d
Dias de vida – 37 dias
PN – 967g Peso atual – 1598g



HSFX NEO – com consentimento dos pais

Vantagens:

- Otimização função respiratória (RN ventilados)
- Oxigenação e ventilação/ perfusão/ ↓apneias
- Estabilidade cardiorrespiratória
- Sono prolongado/ Menor irritabilidade
- Menor gasto de energia
- Postura flexora

Desvantagens:

- Visualização do RN
- Surge mais facilmente a dolicocefalia e algumas assimetrias motoras

(Ewer, James, & Tobin, 1999; Monterosso, Kristjanson, Cole, & Evans, 2003; Vaivre-Douret, Ennourib, Irad, Garred & Papiernik, 2004; Dursing, Mercer, Yu, Reilly & Thorpe, 2005; Ferrari, Bertocelli, Gallo, Roversi, Guerra, Ranzi & Hadders-Algra, 2007; Abdeyazdan, Nematollahi, Ghazavi, & Mohamadizadeh, 2010; Hunter, 2010; Nakano, Kihara, Nakano & Konishi, 2010; Chen, Tzeng, Gau, Kuo & Chen, 2013; Gouna, Rakza, Kuissi, Pennaforte, Mur & Storme, 2013; Zarem, Crapnell, Tiltges, Madlinger, Reynolds, Lukas & Pineda, 2013; Madlinger-Lewis et al., 2014; Fonseca & Barros, 2016; Modesto, Avelar, Pedreira, Pradella-Hallinan, Avena & Pinheiro, 2016; Sousa, Dias, Pedro, Artileiro & Curado, 2016)

Posicionamento Terapêutico



Decúbito Lateral

IG – 26s+4d
IC – 26s+5d
Dias de vida – 2 dias
PN – 785g Peso atual -768g



HSFX NEO – com consentimento dos pais

- **Decúbito lateral direito**

- Favorece digestão/ esvaziamento gástrico

- **Decúbito lateral esquerdo**

- Favorece o refluxo gastroesofágico

- Promoção desenvolvimento neuro-sensorial e psicomotor, auto-organização e simetria
- Alinhamento médio (mão-boca)

(Ewer, James, & Tobin, 1999; Monterosso, Kristjanson, Cole, & Evans, 2003; Valvre-Douret, Ennourib, Irad, Garrecl & Papiernik, 2004; Dursing, Mercer, Yu, Reilly & Thorpe, 2005; Ferrari, Bertonecelli, Gallo, Roversi, Guerra, Ranzl & Hadders-Algra, 2007; Abdeyazdan, Nematollahi, Ghazavi, & Mohamadizadeh, 2010; Hunter, 2010; Nakano, Kihara, Nakano & Konishi, 2010; Chen, Tzeng, Gau, Kuo & Chen, 2013; Gouna, Rakza, Kulssi, Pennaforte, Mur & Storme, 2013; Zarem, Crapnell, Tiltges, Madlinger, Reynolds, Lukas & Pineda, 2013; Madlinger-Lewis Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014; Fonseca & Barros, 2016; Sousa, Dias, Pedro, Artileiro & Curado, 2016)



Projeto de Investigação

**“O Cuidado para o Desenvolvimento
em Neonatologia: Posicionar para
Melhor Cuidar”**

Enquadramento da Problemática



- ✓ O estado atual das práticas de posicionamento na UCIN demonstra a falta de consistência na adoção, aplicação e uso de práticas de posicionamento terapêuticas e ajudas de posicionamento eficazes

(Altimier & Phillips, 2013)

- ✓ Os instrumentos de avaliação permitem uniformizar procedimentos e realçar os aspetos fundamentais

(Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010)

- ✓ O posicionamento terapêutico é um exemplo paradigmático de uma intervenção autónoma de enfermagem na UCIN, não invasiva, sustentada pela evidência científica e de grande impacto no RN, que promove o desenvolvimento motor adequado e minimiza os padrões de movimento anómalos

(Testa, Lavrador & Barraca, 2002)

Enquadramento da Problemática



- ✓ A prática de cuidados na UCIN: preocupação com o posicionamento do RN
- ✓ Prática não uniformizada ou padronizada em Portugal
- ✓ A aplicação de um instrumento de avaliação do posicionamento do RN na UCIN, a nível nacional, torna-se essencial para a prestação de cuidados de qualidade

Contributos do Projeto

- ✓ Melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem
- ✓ Melhoria dos registos
- ✓ Mudança e inovação nas práticas
- ✓ Formação contínua

Objetivos



- ✓ Desenvolver competências no âmbito do posicionamento do RN, em situação de saúde e doença, na UCIN
- ✓ Identificar e selecionar o instrumento de avaliação do posicionamento do RN na UCIN
- ✓ Efetuar pré-teste do instrumento selecionado com objetivo de validação estatística para a população neonatal portuguesa

Estudo



- ✓ Estudo observacional de abordagem quantitativa (metodológico)



Colheita de Dados



✓ Infant Position Assessment Tool (IPAT)



ORIGINAL ARTICLE
The effectiveness of a standardised positioning tool and bedside education on the developmental positioning proficiency of NICU nurses

Arlene Spilker*, Constance Hill, Ruth Rosenblum



One-to-One Bedside Nurse Education as a Means to Improve Positioning Consistency
Elizabeth Jeanson, PT DPT Developmental Care Certified*
Developmental Specialist NICU, Sargent Child Medical Center, Iowa Falls, IA

Colheita de Dados



✓ Infant Position Assessment Tool (IPAT)

✓ Pedido de autorização ao autor



PHILIPS
Children's Medical Ventures

Colheita de Dados



- ✓ Infant Position Assessment Tool (IPAT)
- ✓ Tradução e adaptação cultural para língua portuguesa

Infant Position Assessment Tool (IPAT)
Escala de Avaliação da Posicionamento Infantil

Identificação: _____, Mãe Gestante: _____, Mãe Trabalhadora: _____
 Nascimento (Data, hora, local, dia da semana, mês, ano): _____
 Data: _____, Hora: _____, Assessor: _____

Indicador	Direção da Posição			Nota
	1	2	3	
Postura				
Mãos				
Peras				
Postura do pescoço				
Postura do corpo				
Postura do rosto				

Score total: 0 - 12 pontos
 * Adaptado de: IPAT, 2010. * Adaptado de: IPAT, 2010. * Adaptado de: IPAT, 2010.
 Tradução por: Maria do Carmo, Maria do Carmo, 2010. * Adaptado de: IPAT, 2010. * Adaptado de: IPAT, 2010.

Amostra e Participantes



Amostra

- ✓ Preferencial de 100 RN : 10 a 20 observações por indicador

(Curado, Teles & Maroco, 2014)

Participantes

- ✓ Seleção aleatória (Maroco, 2010)
- ✓ RN internados na UCIN até aos 28 dias (após atingirem as 40 semanas de idade corrigida)
- ✓ Excluídos RN com alterações do sistema musculoesquelético

Tratamento de Dados e Considerações Éticas



Tratamento de Dados

- ✓ Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)

Considerações Éticas

- ✓ Comissão de Ética para a Saúde do CHLO
- ✓ Consentimento Informado, livre e esclarecido
- ✓ Termo de Responsabilidade



Referências Bibliográficas



- Abdeyazdan, Z., Nematollahi, M., Ghazavi, Z. & Mohamadizadeh, M. (2010). The effects of supine and prone positions on oxygenation in premature infants undergoing mechanical ventilation. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 15 (4), 229-233.
- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 13 (1), 9-22. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>.
- Araújo, A. (2010) *Desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em Unidade de Neonatologia*. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP.
- Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral, Unidade de Vigilância Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria, & Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (2012). *Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos Crianças nascidas entre 2001 e 2003*. Disponível em http://www.spp.pt/UserFiles/file/UVP_SPP_Casos_Estudo_Paralisia_Cerebral/Relatorio_PVNPC5A.pdf.
- Aucott, S., Donohue, P. K., Atkins, E., & Allen, M.C. (2002). Neurodevelopmental care in the NICU. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 8 (4), 298-308.
- Chen, S., Tzeng, Y.L., Gau, B.S., Kuo, P.C. & Chen, J.Y. (2013). Effects of prone and supine positioning on gastric residuals in preterm infants: A time series with cross-over study. *International Journal of Nursing Studies*. 50, 1459-1467. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.02.009>.
- Coughlin, M. (2014). *Transformative nursing in the NICU: trauma-informed age-appropriate care*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Coughlin, M., Lohman, M. & Gibbins, S. (2010). Reliability and Effectiveness of an Infant Positioning Assessment Tool to Standardize Developmentally Supportive Positioning Practices in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 10 (2), 104-106. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2010.03.003>.

Referências Bibliográficas



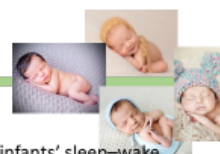
- Curado, M. A., Teles, J., & Maroco, J. (2014). Analysis of variables that are not directly observable: Influence on decision-making during the research process. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 48(1), 146-152.
- Dursing, S., Mercer, V., Yu, B., Reilly, M. & Thorpe, D. (2005). Trunk position in supine of infants born preterm and at term: an assessment using a computerized pressure mat. *Pediatric Physical Therapy*. 17 (1), 2-10.
- Ewer, A.K., James, M.E. & Tobin, J.M. (1999). Prone and left lateral positioning reduce gastro-oesophageal reflux in preterm infants. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 81 (3), F201-F205.
- Ferrari, F., Bertoni, N., Gallo, C., Roversi, M.F., Guerra, M.P., Ranzi, A. & Hadders-Algra, M. (2007). Posture and movement in healthy preterm infants in supine position in and outside the nest. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 92 (5), F386-F390.
- Fonseca, R. & Barros, I. (2016). Terapêutica de posição em neonatologia. In Lourenço, M.J., Ferreira, O. & Baixinho, C.L. (Coords). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp.185-193). Loures: Lusodidacta.
- Gouna, G., Rakza, T., Kuissi, E., Pennaforte, T., Mur, S. & Storme, L. (2013). Positioning Effects on Lung Function and Breathing Pattern in Premature Newborns. *The Journal of Pediatrics*. 162 (6), 1133–1137. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.11.036>.
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).
- Hunter, J. (2010). Therapeutic positioning: neuromotor, physiologic and sleep implications. In Kenner & McGrath (Eds). *Developmental Care of Newborns and Infants, A Guide for Health Professionals* (pp. 285-312) (2ª ed.). Glenview: NANN.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2015). *Estatísticas Demográficas 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=139659&PUBLICACOESmodo=2.

Referências Bibliográficas



- Jeanson, E. (2013). One-to-One Bedside Nurse Education as a Means to Improve Positioning Consistency. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13 (1), 27–30. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.004>.
- Keller, A., Arbel, N., Merlob, P. & Davidson, S. (2003). Neurobehavioral and autonomic effects of hammock positioning in infants with very low birth weight. *Pediatric Physical Therapy*. 15 (1), 3-7.
- Madlinger-Lewis, L., Reynolds, L., Zarem, C., Crapnell, T., Inder, T. & Pineda, R. (2014). The effects of alternative positioning on preterm infants in the neonatal intensive care unit: A randomized clinical trial. *Research in Developmental Disabilities*. 35 (2), 490–497. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2013.11.019>.
- Maroco, J. (2010). Análise estatística com SPSS. Pero Pinheiro, Portugal: Report Number.
- McManus, B.M., & Capistran, P.S. (2008). A Case Presentation of Early Intervention with Dolichocephaly in the NICU: Collaboration Between the Primary Nursing Team and the Developmental Care Specialist. *Neonatal Network*. 27 (5), 307-315.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Modesto, I.F., Avelar, A.F.M., Pedreira, M.D.L.G., Pradella-Hallinan, M., Avena, M.J. & Pinheiro, E.M. (2016). Effect of sleeping position on arousals from sleep in preterm Infants. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 21 (3), 131-138. DOI:10.1111/jspn.12147.
- Monterosso, L., Kristjanson, L.J., Cole, J. & Evans S.F. (2003). Effect of postural supports on neuromotor function in very preterm infants to term equivalent age. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 39 (3), 197–205.
- Nakano, H., Kihara, H., Nakano, J. & Konishi, Y. (2010). The Influence of Positioning on Spontaneous Movements of Preterm Infants. *Journal of Physical Therapy Science*. 22 (3), 337-344.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2010). *The Neuman Systems Model*. (5ªed). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Referências Bibliográficas



- Peng, N.H., Chen, L.L., Li, T.C., Smith, M., Chang, Y.S. & Huang, L.C. (2014). The effect of positioning on preterm infants' sleep-wake states and stress behaviours during exposure to environmental stressors. *Journal of Child Health Care*. 18 (4), 314–325. DOI: [10.1177/1367493513496665](https://doi.org/10.1177/1367493513496665).
- Philips Children's Medical Ventures (sd). Infant Position Assessment Tool. *Philips Children's Medical Ventures*
- Philips. *The right support for infants*. disponível em <http://www.usa.philips.com/healthcare/solutions/mother-and-child-care/infant-positioning>. Acedido em 26/01/2016.
- Picheansathian, W., Woragidpoonpol, P., & Baosoung, C. (2009). Positioning of preterm infants for optimal physiologic development: A systematic review. *Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews*, 7(7), 224-259.
- Sousa, B.S.T., Dias, C.M.M.S., Pedro, C.S., Artileiro, G.C.T.D. & Curado, M.A. (2016). Cuidar para o desenvolvimento: a terapêutica de posição no recém-nascido pré-termo. In Lourenço, M.J., Ferreira, O. & Baixinho, C.L. (Coords). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp.167-184). Loures: Lusodidacta.
- Spilker, A.; Hill, H. & Rosenblum, R. (2016). The effectiveness of a standardised positioning tool and bedside education on the developmental positioning proficiency of NICU nurse. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2016 (35), 10-15. DOI [/10.1016/j.iccn.2016.01.000](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.01.000)
- Sweeney, J. K., & Gutierrez, T. (2010). The dynamic continuum of motor and musculoskeletal development. In C. Kenner & J. M. McGrath (Coords). *Developmental care of newborns and infants: A guide for health professionals* (pp. 235–244). Glenview: Mosby.
- Sweeney, J.K. & Gutierrez, T. (2002). Musculoskeletal Implications of Preterm Infant Positioning in the NICU. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 16 (1), 58-70.
- Testa, A., Lavrador, M., & Barraca, S. (2002). Protocolo de posicionamento do recém-nascido prematuro. *Revista Referência*, 8, 79-83.

Referências Bibliográficas



- Vaivre-Douret, L., Ennourib, K., Jrad, I., Garrecd, C. & Papiernik, E. (2004). Effect of positioning on the incidence of abnormalities of muscle tone in low-risk, preterm infants. *European Journal of Paediatric Neurology*. 8 (1), 21-34. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpn.2003.10.001>.
- Waitzman, K.A. (2007). The importance of Positioning the Near-term Infant for Sleep, Play and Development. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 7 (2), 76-81. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2007.05.004>.
- World Health Organization (2008). *The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever)*. Geneve: World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/whr/2008/en/>.
- World Health Organization (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneve: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988_eng.pdf.
- World Health Organization, March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health & Save the Children (2012). *Born Too Soon: The Global action report on preterm Birth*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf.
- Zarem, C., Crapnell, T., Tiltges, L., Madlinger, L., Reynolds, L., Lukas, K. & Pineda, R. (2013). Neonatal Nurses' and Therapists' Perceptions of Positioning for Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*. 32 (2), 110-116. DOI: [10.1891/0730-0832.32.2.110](https://doi.org/10.1891/0730-0832.32.2.110).
- Zomignani, A.P., Zambelli, H.J.L. & Antonio, M.A.R.G.M. (2009). Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. *Revista Paulista de Pediatria*. 27 (2), 198-203.
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Acedido em 2017/01/16



Obrigado

Apêndice XIII –
Norma de Procedimento
“Posicionar a Criança prematura e/ou gravemente doente”

	Norma de Procedimento Nº	Serviço: Unidade Cuidados Intensivos Neonatais
	Título: Posicionar a Criança prematura e/ou gravemente doente	Revisão: 2018 Próxima revisão: 2021

Objectivo:

- Uniformizar as intervenções de enfermagem no posicionamento terapêutico da criança prematura e/ou gravemente doente
- Contribuir para uma maior eficácia na atuação da equipa de Enfermagem no posicionamento terapêutico do RN, com contributo para a melhoria contínua dos cuidados
- Promover o desenvolvimento do sistema músculo-esquelético do RN através de um posicionamento correto
- Facilitar a integração de novos elementos

População Alvo: Crianças internadas com idade inferior a 37 semanas de gestação e/ou gravemente doentes

Fundamentação:

Na atualidade, com a evolução dos cuidados de saúde, proporcionou-se a oportunidade de sobrevivência de recém-nascidos (RN) com idade gestacional superior a 22 semanas (Altimier & Phillips, 2013). No entanto, estes RN, pela sua imaturidade global e condições de saúde, associado à necessidade de cuidados especializados e dependentes de tecnologias, estão em risco de desenvolver alterações músculo-esqueléticas, neuro-comportamentais ou posturais, entre outras (Picheansathian, Woragidpoonpol & Baosoung 2009; Altimier & Phillips, 2013), o que justifica a necessidade de estabelecer estratégias de prevenção e estimulação durante o período de internamento (Araújo, 2010) promovendo a manutenção e apoio do crescimento e desenvolvimento harmonioso.

A transição precoce e abrupta do RN pré-termo para a vida extrauterina torna-se um momento de desorganização (Picheansathian et al., 2009; Meleis, 2010), uma vez que o ambiente intrauterino, onde se encontrava, promovia o posicionamento ideal, mantendo o RN numa posição de flexão, contenção, alinhamento corporal adequado e orientação à linha média (Sweeney & Gutierrez, 2002; Waitzman, 2007). O ambiente intrauterino é caracterizado por limites seguros para a flexão generalizada e barreiras suaves e seguras que permitem o

Elaborado por: Data: Junho 2009	Revisto por: Grupo do Sono e Posicionamentos Data: Junho 2015/ Fevereiro 2018	Aprovado por: Data:
--	--	--

	Norma de Procedimento Nº	Serviço: Unidade Cuidados Intensivos Neonatais
	Título: Posicionar a Criança prematura e/ou gravemente doente	Revisão: 2018 Próxima revisão: 2021

desenvolvimento do feto e o movimento fetal ativo (Hunter, 2010), exposição limitada à luminosidade e ruído, desenvolvimento normal do ciclo do sono e o acesso direto e permanente à mãe (Altimier & Phillips, 2013), promovendo o neuro-desenvolvimento e a autorregulação (Zarem, Crapnell, Tiltges, Madlinger, Reynolds, Lukas & Pineda, 2013). Ao nascer o RN pré-termo pela imaturidade do sistema músculo-esquelético apresenta uma ausência e/ou diminuição do tônus muscular e força, assumindo frequentemente uma posição de extensão do pescoço, costas e extremidades (Sweeney & Gutierrez, 2002) com a cabeça lateralizada para um lado (geralmente o direito), as extremidades em abdução e rotação externa (Hunter, 2010). Esta posição de extensão ocorre devido ao efeito da gravidade e à predominância do tônus extensor (Altimier & Phillips, 2013), podendo afetar a aquisição de capacidades fundamentais para o desenvolvimento motor e dificultar a autorregulação (Sweeney & Gutierrez, 2002).

O posicionamento terapêutico adequado é uma das intervenções mais simples para fornecer suporte postural e tem impacto imediato e duradouro no desenvolvimento do RN. Tem por objetivo a tentativa de replicação do apoio contido e harmonioso do útero materno, proporcionando para tal suporte postural e de movimento, com a finalidade de otimizar o desenvolvimento musculoesquelético e promover o desenvolvimento de respostas adaptativas semelhantes às apresentadas por RN de termo saudáveis (Altimier & Phillips, 2013). É uma estratégia de intervenção usada para promover a estabilidade neuro-motora, neuro-comportamental e músculo-esquelética, promovendo ainda a função fisiológica, a estabilidade, a integridade da pele, a regulação térmica, a densidade óssea, o sono e o desenvolvimento cerebral (Waitzman, 2007; Hunter, 2010). Os principais objetivos do posicionamento terapêutico são: apoiar a postura e o movimento; otimizar o desenvolvimento músculo-esquelético e o alinhamento biomecânico; proporcionar exposição controlada a estímulos proprioceptivos, tácteis e visuais; promover a organização comportamental; promover a flexão e orientação à linha média, com intuito de prevenir posturas e movimentos assimétricos; e prevenir o achatamento da cabeça e rotação externa das ancas (Aucott, Donohue, Atkins & Allen, 2002; Sweeney & Gutierrez, 2002; Fonseca & Barros, 2016). Tendo em conta os objetivos do posicionamento terapêutico compreende-se que este dá resposta às necessidades do RN, na medida em que este deve manter-se numa posição mediana, em flexão, contenção e confortável (Altimier &

Elaborado por: Data: Junho 2009	Revisto por: Grupo do Sono e Posicionamentos Data: Junho 2015/ Fevereiro 2018	Aprovado por: Data:
--	--	--

	Norma de Procedimento Nº	Serviço: Unidade Cuidados Intensivos Neonatais
	Título: Posicionar a Criança prematura e/ou gravemente doente	Revisão: 2018 Próxima revisão: 2021

Phillips, 2013), usando auxílios e limites de posicionamento apropriados (Ferrari et al., 2007; Coughlin, Gibbins & Hoath, 2009).

Vários autores examinaram e reforçaram os resultados e benefícios do posicionamento ao nível do desenvolvimento, crescimento e maturação neurológica, comportamental, músculo-esquelética, postural e dos movimentos do RN. Já em 1986, Updike, Rosemary, Schmidt et al., citado por Vaivre-Douret, Ennourib, Jrad, Garrecd e Papiernik (2004), consideraram que a posição que o RNPT adota quando não tem suportes ao posicionamento, mantendo uma postura em extensão, tem consequências no desenvolvimento, pelo que sugeriram alterações regulares de posição. Nesta linha, Vaivre-Douret et al. (2004) concluíram que a modificação regular da posição, associado a posturas funcionais adequadas, favorece a manutenção da função neuromuscular e osteoarticular, assim como o desenvolvimento da atividade motora espontânea e adequada. O posicionamento apropriado facilita a postura em flexão e os padrões de movimentos em direção ao centro do corpo (Nakano, Kihara, Nakano & Konishi, 2010), promovendo o desenvolvimento motor adequado e minimizando os padrões de movimento anómalos (Testa, Lavrador & Barraca, 2002).

Acrescido aos benefícios enumerados, o posicionamento terapêutico promove a melhoria dos padrões de sono (Grunau, Linhares, Holsti, Oberlander & Whitfield, 2004; Picheansathian et al., 2009; Peng, Chen, Li, Smith, Chang & Huang, 2014; Modesto, Avelar, Pedreira, Pradella-Hallinan, Avena & Pinheiro, 2016), reduz a área superficial do RNPT exposto, reduzindo assim as perdas de calor radiante e convectivo (Hunter, 2010; Altimier & Phillips, 2013), previne o aparecimento de deformidades cranianas (McManus & Capistran, 2008) e de úlceras por pressão (Sousa, Dias, Pedro, Artilheiro & Curado, 2016), promove o desenvolvimento cerebral simétrico (McManus & Capistran, 2008), a segurança, a organização comportamental, satisfação emocional, diminuição do *stress* e autorregulação do RN pré-termo (Sousa et al, 2016), melhora o desempenho da função pulmonar (Abdeyazdan Nematollahi, Ghazavi, & Mohhamadzadeh, 2010; Gouna, Rakza, Kuissi, Pennaforte, Mur & Storme, 2013; Sousa et al., 2016) e da função gastrointestinal (Ewer, James, & Tobin, 1999; Chen, Tzeng, Gau, Kuo & Chen, 2013).

Como referido, o feto no útero da mãe tem fronteiras dinâmicas a três dimensões durante todo o tempo. A posição fetal é sempre em flexão, contida e à linha média tendo em conta a

Elaborado por:	Revisto por: Grupo do Sono e Posicionamentos	Aprovado por:
Data: Junho 2009	Data: Junho 2015/ Fevereiro 2018	Data:

	Norma de Procedimento Nº	Serviço: Unidade Cuidados Intensivos Neonatais
	Título: Posicionar a Criança prematura e/ou gravemente doente	Revisão: 2018 Próxima revisão: 2021

cabeça e extremidades. Assim, é de extrema importância, aquando do posicionamento do RN na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN):

- Manter um alinhamento adequado do corpo (orientação à linha média, flexão e contenção);
- Adequar o equipamento de suporte musculoesquelético para promover o crescimento e desenvolvimento deste sistema;
- Proporcionar conforto e segurança através da contenção facilitando o levar as mãos à face e/ou à boca para se auto-regular;
- Promover medidas de descanso.

Princípios do Posicionamento e Manipulação:

- Avaliar o ciclo de sono-vigília do RN para planear o momento adequado para o reposicionamento (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014)
- Fornecer suporte durante o posicionamento (Altimier & Phillips, 2013)
- Promover contacto das mãos com a boca (Altimier & Phillips, 2013)
- O RN deve estar na linha média em flexão e numa posição confortável em todos os momentos do posicionamento, usando para tal ajudas de posicionamento e limites adequados (Coughlin, 2014)
- Os dispositivos utilizados para o posicionamento devem permitir o movimento espontâneo, fornecer contenção tátil e permitir a perceção do próprio corpo (Sweeney & Gutierrez, 2010; Altimier & Phillips, 2013)
- Os RN com menos de 32 semanas de gestação deverão ter a cabeça na linha média nas primeiras 72 horas de vida ou até que atinjam estabilidade hemodinâmica (Coughlin, 2014)
- Os cuidados devem ser estabelecidos com base nos sinais de stress do RN. O agrupamento ou o fracionamento dos cuidados deve depender da ausência ou da presença destes sinais (Altimier & Phillips, 2013)
- A manipulação deve ser feita lentamente, modulando os movimentos, com as extremidades do RN fletidas e contidas (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014)

Elaborado por:	Revisto por: Grupo do Sono e Posicionamentos	Aprovado por:
Data: Junho 2009	Data: Junho 2015/ Fevereiro 2018	Data:

	Norma de Procedimento Nº	Serviço: Unidade Cuidados Intensivos Neonatais
	Título: Posicionar a Criança prematura e/ou gravemente doente	Revisão: 2018 Próxima revisão: 2021

- O manuseio deve ser gentil e cuidado, fornecendo suporte à cabeça e aos quatro membros (Altimier & Phillips, 2013)
- A manipulação e o toque frequentes podem perturbar o sono (Coughlin, 2014)
- O RNPT de idade igual ou inferior a 26 semanas de gestação deve permanecer com a cabeça na linha média, mesmo quando é manipulado (Coughlin, 2014)
- O RNPT (das 32s às 36s de idade gestacional/corrigida) beneficia de ser reposicionado a cada 3 ou 4 horas e sempre que necessário (Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013)
- As ajudas de posicionamento são gradualmente removidas à medida que o bebé em decúbito dorsal demonstra flexão fisiológica da parte superior do corpo. A partir deste momento deve dormir em decúbito dorsal sem dispositivos de apoio (Coughlin, 2014)
- A permanência em decúbito ventral pode e deve ser incentivada nas atividades diárias do bebé (Sweeney & Gutierrez, 2010; Coughlin, 2014)
- Educar os pais sobre os princípios e técnicas de posicionamento (Altimier & Phillips, 2013)

Indicações:

- RN pré-termo;
- RN de termo que não conseguem manter um posicionamento promotor da reorganização e auto-regulação e/ou em situação de doença grave;
- RN com problemas neurológicos;
- RN com sinais de irritabilidade.

Procedimento

Geral:

1. Posicionar e manipular em flexão, contenção e orientação à linha média durante todas as intervenções/cuidados;
2. Adequar os equipamentos de suporte musculoesquelético para promover o crescimento e desenvolvimento

Elaborado por:	Revisto por: Grupo do Sono e Posicionamentos	Aprovado por:
Data: Junho 2009	Data: Junho 2015/ Fevereiro 2018	Data:

	Norma de Procedimento Nº	Serviço: Unidade Cuidados Intensivos Neonatais
	Título: Posicionar a Criança prematura e/ou gravemente doente	Revisão: 2018 Próxima revisão: 2021

3. Vigiar o posicionamento do RN em cada interação e modificá-lo de forma a dar suporte e uma orientação simétrica relativamente à sua linha média corporal:

- ✓ **Posição dos ombros** – manter os ombros ligeiramente fletidos;
- ✓ **Localização das mãos e braços** - Braços fletidos com as mãos a tocar a face;
- ✓ **Posição pélvica** - Ancas alinhadas e suavemente fletidas;
- ✓ **Orientação dos joelhos, tornozelos e pés** - Joelhos, tornozelos e pés alinhados e ligeiramente fletidos;
- ✓ **Posição da cabeça** - Cabeça na linha média com um ângulo inferior a 45° (esquerda ou direita) em relação à linha média;
- ✓ **Posição do pescoço** – Pescoço neutro, cabeça ligeiramente fletida para a frente próxima dos 10°.

(Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010)

4. Avaliar e registar cada posicionamento do RN, no mínimo de 3 em 3 horas;
5. Remover gradualmente o material de suporte ao posicionamento, registando as eventuais alterações ou sinais de *stress* que possam causar à criança;
6. Colocar o RN em decúbito dorsal para dormir uma vez que demonstre a capacidade para manter flexão fisiológica nessa posição.

Registar na Aplicação “B-Simple” (Registos de Enfermagem)

I. No processo de enfermagem abre-se o diagnóstico “Conforto Comprometido”

A. Inserir respetivas intervenções, nomeadamente “Posicionar”

B. No plano de cuidados, registar na intervenção “Posicionar” o decúbito/posicionamento da criança de 3/3horas

Nota: Passar o diagnóstico a “Conhecimento não Comprometido” e fecha-se o diagnóstico quando a criança tem alta para o domicílio, após efectuar-se uma avaliação do conforto.

II. No processo de enfermagem abre-se o diagnóstico “Papel Parental – Potencial para

Elaborado por:	Revisto por: Grupo do Sono e Posicionamentos	Aprovado por:
Data: Junho 2009	Data: Junho 2015/ Fevereiro 2018	Data:

	Norma de Procedimento Nº	Serviço: Unidade Cuidados Intensivos Neonatais
	Título: Posicionar a Criança prematura e/ou gravemente doente	Revisão: 2018 Próxima revisão: 2021

<p>melhorar o conhecimento da mãe e(ou) pai para tomar conta (nec. Especiais)”</p> <p>A. Inserir respetivas intervenções - “Ensinar a mãe e (ou) pai a tomar conta do posicionamento durante a hospitalização”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar os pais sobre o posicionamento (incubadora, berço, carro e espreguiçadeira) e prevenção de síndrome de morte súbita - Entregar o folheto “Como posicionar e manipular o seu filho(a)” e fazer o registo da entrega - Incentivar à expressão de sentimentos, dúvidas, questões dos pais <p>B. Inserir respetivas intervenções - “Instruir a mãe e (ou) pai a posicionar”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar como se realiza - Validar a informação fornecida - Incentivar os pais a posicionarem o recém-nascido - Pais treinarem posicionamento e validar
--

Bibliografia:

- Abdeyazdan, Z., Nematollahi, M., Ghazavi, Z. & Mohhamadzadeh, M. (2010). The effects of supine and prone positions on oxygenation in premature infants undergoing mechanical ventilation. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 15(4), 229-233.
- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 13(1), 9-22. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>.
- Aucott, S., Donohue, P. K., Atkins, E., & Allen, M.C. (2002). Neurodevelopmental care in the NICU. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 8(4), 298–308.
- Chen, S., Tzeng, Y.L., Gau, B.S., Kuo, P.C., & Chen, J.Y. (2013). Effects of prone and supine positioning on gastric residuals in preterm infants: A time series with cross-over study. *International Journal of Nursing Studies*. 50, 1459–1467. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.02.009>.
- Coughlin, M. (2014). *Transformative nursing in the NICU: trauma-informed age-appropriate care*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Elaborado por:	Revisto por: Grupo do Sono e Posicionamentos	Aprovado por:
Data: Junho 2009	Data: Junho 2015/ Fevereiro 2018	Data:

	Norma de Procedimento Nº	Serviço: Unidade Cuidados Intensivos Neonatais
	Título: Posicionar a Criança prematura e/ou gravemente doente	Revisão: 2018 Próxima revisão: 2021

- Coughlin, M., Gibbins, S. & Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*. 65(10), 2239-2248.
- Coughlin, M., Lohman, M., & Gibbins, S. (2010). Reliability and Effectiveness of an Infant Positioning Assessment Tool to Standardize Developmentally Supportive Positioning Practices in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 10(2), 104-106. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2010.03.003>.
- Ewer, A.K., James, M.E. & Tobin, J.M. (1999). Prone and left lateral positioning reduce gastro-oesophageal reflux in preterm infants. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 81(3), F201-F205.
- Ferrari, F., Bertoni, N., Gallo, C., Roversi, M.F., Guerra, M.P., Ranzi, A., & Hadders-Algra, M. (2007). Posture and movement in healthy preterm infants in supine position in and outside the nest. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 92(5), F386-F390.
- Fonseca, R. & Barros, I. (2016). Terapêutica de posição em neonatologia. In Lourenço, M.J., Ferreira, O. & Baixinho, C.L. (Coords). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp.185-193). Loures: Lusodidacta.
- Gouna, G., Rakza, T., Kuissi, E., Pennaforte, T., Mur, S. & Storme, L. (2013). Positioning Effects on Lung Function and Breathing Pattern in Premature Newborns. *The Journal of Pediatrics*. 162(6), 1133–1137. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.11.036>.
- Grunau, R.E., Linhares, M.B.M., Holsti, L., Oberlander, T.F. & Whitfield, M.F. (2004). Does Prone or Supine Position Influence Pain Responses in Preterm Infants at 32 Weeks Gestational Age? *The Clinical Journal of Pain*. 20(2), 76-82.
- Hunter, J. (2010). Therapeutic positioning: neuromotor, physiologic and sleep implications. In Kenner & McGrath (Eds). *Developmental Care of Newborns and Infants, A Guide for Health Professionals* (pp. 285-312) (2ª ed.). Glenview: NANN.
- Jeanson, E. (2013). One-to-One Bedside Nurse Education as a Means to Improve Positioning Consistency. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13 (1), 27—30. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.004>.
- McManus, B.M., & Capistran, P.S. (2008). A Case Presentation of Early Intervention with

Elaborado por: Data: Junho 2009	Revisto por: Grupo do Sono e Posicionamentos Data: Junho 2015/ Fevereiro 2018	Aprovado por: Data:
--	--	--

	Norma de Procedimento Nº	Serviço: Unidade Cuidados Intensivos Neonatais
	Título: Posicionar a Criança prematura e/ou gravemente doente	Revisão: 2018 Próxima revisão: 2021

Dolichocephaly in the NICU: Collaboration Between the Primary Nursing Team and the Developmental Care Specialist. *Neonatal Network*. 27(5), 307-315.

- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Modesto, I.F., Avelar, A.F.M., Pedreira, M.D.L.G., Pradella-Hallinan, M., Avena, M.J. & Pinheiro, E.M. (2016). Effect of sleeping position on arousals from sleep in preterm Infants. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 21(3), 131-138. DOI:10.1111/jspn.12147.
- Nakano, H., Kihara, H., Nakano, J., & Konishi, Y. (2010). The Influence of Positioning on Spontaneous Movements of Preterm Infants. *Journal of Physical Therapy Science*. 22(3), 337-344.
- Peng, N.H., Chen, L.L., Li, T.C., Smith, M., Chang, Y.S. & Huang, L.C. (2014). The effect of positioning on preterm infants' sleep-wake states and stress behaviours during exposure to environmental stressors. *Journal of Child Health Care*. 18(4), 314-325. DOI:10.1177/1367493513496665.
- Picheansathian, W., Woragidpoonpol, P. & Baosoung, C. (2009). Positioning of preterm infants for optimal physiological development: a systematic review. *JB I Library of Systematic Reviews*. 7(7), 224-259.
- Sousa, B.S.T., Dias, C.M.M.S., Pedro, C.S., Artilheiro, G.C.T.D. & Curado, M.A. (2016). Cuidar para o desenvolvimento: a terapêutica de posição no recém-nascido pré-termo. In Lourenço, M.J., Ferreira, O. & Baixinho, C.L. (Coords). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp.167-184). Loures: Lusodidacta.
- Sweeney, J.K. & Gutierrez, T. (2002). Musculoskeletal Implications of Preterm Infant Positioning in the NICU. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 16(1), 58-70.
- Testa, A., Lavrador, M., & Barraca, S. (2002). Protocolo de posicionamento do recém-nascido prematuro. *Revista Referência*, 8, 79-83.
- Vaivre-Douret, L., Ennourib, K., Jrad, I., Garrecd, C., & Papiernik, E. (2004). Effect of positioning on the incidence of abnormalities of muscle tone in low-risk, preterm infants. *European Journal of Paediatric Neurology*. 8(1), 21-34. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpn.2003.10.001>.

Elaborado por:	Revisto por: Grupo do Sono e Posicionamentos	Aprovado por:
Data: Junho 2009	Data: Junho 2015/ Fevereiro 2018	Data:

	Norma de Procedimento Nº	Serviço: Unidade Cuidados Intensivos Neonatais
	Título: Posicionar a Criança prematura e/ou gravemente doente	Revisão: 2018 Próxima revisão: 2021

- Waitzman, K.A. (2007). The importance of Positioning the Near-term Infant for Sleep, Play and Development. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 7(2), 76-81. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2007.05.004>.
- Zarem, C., Crapnell, T., Tiltges, L., Madlinger, L., Reynolds, L., Lukas, K., & Pineda, R. (2013). Neonatal Nurses' and Therapists' Perceptions of Positioning for Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*. 32(2), 110-116. DOI:10.1891/0730-0832.32.2.110.

Elaborado por: Data: Junho 2009	Revisto por: Grupo do Sono e Posicionamentos Data: Junho 2015/ Fevereiro 2018	Aprovado por: Data:
--	--	--

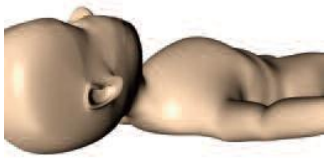


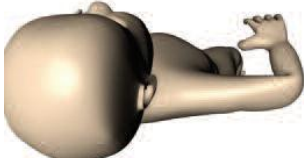
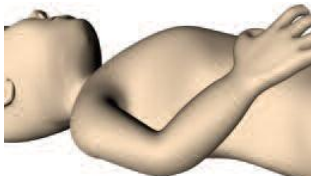



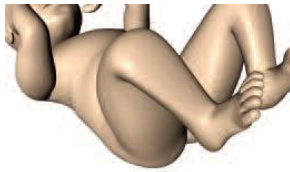









Apêndice XIV –
Versão Traduzida para Português da *Infant Position Assessment Tool*
(IPAT)

Infant Position Assessment Tool (IPAT)
Escala de Avaliação do Posicionamento Infantil

Identificação: _____ Idade Gestacional: _____ Idade Corrigida: _____

Decúbito (dorsal, ventral, lateral direito ou esquerdo): _____

Data: _____ Hora: _____ Avaliador: _____

Indicadores	Opções de Resposta			Score
	0	1	2	
Ombros	Ombros em extensão 	Ombros neutros 	Ombros ligeiramente fletidos 	
Mãos	Mãos afastadas do corpo 	Mãos a tocar o tronco 	Braços fletidos com mãos a tocar a face 	
Ancas	Ancas em abdução com rotação externa 	Ancas em extensão 	Ancas alinhadas e suavemente fletidas 	
Joelhos, tornozelos e pés	Joelhos em extensão, tornozelos e pés em rotação externa 	Joelhos, tornozelos e pés em extensão 	Joelhos, tornozelos e pés alinhados e ligeiramente fletidos 	
Cabeça	Cabeça lateralizada (esquerda ou direita) com um angulo superior a 45° em relação à linha média 	Cabeça lateralizada (esquerda ou direita) com um angulo de 45° em relação à linha média 	Cabeça na linha média com um angulo inferior a 45° (esquerda ou direita) em relação à linha média 	
Pescoço	Pescoço em hiperextensão 	Pescoço neutro 	Pescoço neutro, cabeça ligeiramente flectida para a frente próxima dos 10° 	
Score total				

Score Ideal = 10 – 12 pontos

* Adaptado de PHILIPS, Children's Medical Ventures (2010)
Traduzido por Inês Rebelo da Cruz e Maria Alice Santos Curado

* Permission granted by Philips Healthcare ©
Koninklijke Philips N.V. 2017., All rights reserved.

**Apêndice XV –
Pedido de submissão de estudo de investigação
à comissão de ética para a saúde**

**SUBMISSÃO DE ESTUDO DE
INVESTIGAÇÃO À COMISSÃO DE
ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO
HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL
– H. S. F. XAVIER**

Inês Rebelo da Cruz

Lisboa, Outubro de 2017

Carta de Apresentação

Ao Conselho de Administração
Ao Departamento de Investigação
Do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.

Inês Rebelo da Cruz, Enfermeira a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital de S. Francisco Xavier, com número mecanográfico 72140, B.I. 12960445, estudante do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a desenvolver o projeto de investigação “O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia: Posicionar para Melhor Cuidar” orientado pela Professora Doutora Maria Alice Santos Curado e com supervisão da Enfermeira Chefe Thereza Vasconcellos.

Venho por este meio solicitar à Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), o pedido de autorização para a realização de um estudo observacional com abordagem quantitativa (estudo metodológico) que tem como objetivo realizar a tradução e adaptação cultural da escala *Infant Position Assessment Tool* (IPAT) e sua validação estatística com recém-nascidos portugueses. Na prática, necessitamos de fazer a avaliação do posicionamento do recém-nascido (RN) internado na UCIN do Hospital de S. Francisco Xavier (HSFX) e fazer o registo numa escala de observação.

Este projeto pretende contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, para a melhoria dos registos, para promover a mudança e inovação nas práticas de cuidados na UCIN e, também para promover a formação contínua e o desenvolvimento pessoal e profissional e, numa fase final, visa a implementação da escala a nível nacional, constando como Escala de referência de Boas Práticas para a Ordem dos Enfermeiros e para a Direcção-Geral de Saúde.

A recolha de dados está programada para ter início após autorização da CES do CHLO, e não resultará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a Instituição, sendo garantido o pleno anonimato e segurança das crianças envolvidas, visto ser um estudo observacional que usa um instrumento de recolha de dados que não interfere diretamente com a criança, não a expondo a nenhum risco ou procedimento.

Agradecendo desde já o tempo dispensado, ficarei a aguardar resposta tão breve quanto possível.

Estamos disponíveis para qualquer outro esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,

Inês Rebelo da Cruz

Maria Alice Santos Curado

Identificação do Projeto

Título:

O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia:
Posicionar para Melhor Cuidar

Local onde decorre:

Serviço de Neonatologia do Hospital de S. Francisco Xavier – CHLO

Investigadores:

Mestrando – Inês Rebelo da Cruz

Orientador – Maria Alice Curado

Instituição requerente:

Inês Rebelo da Cruz, mestranda na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Fundamentação Científica

Nota Introdutória

Na atualidade, devido ao desenvolvimento científico e tecnológico, tem ocorrido uma redução a nível mundial das taxas de mortalidade infantil. Todos os anos 15 milhões de RN nascem antes das 37 semanas de gestação. Portugal, continua a ser um dos países com menores taxas de mortalidade infantil, apesar do aumento progressivo do número de partos prematuros e de RN de baixo peso (inferior a 2500g) (World Health Organization (WHO), 2008; WHO, March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health & Save the Children, 2012; Instituto Nacional de Estatística (INE), 2015). É considerado RN de risco aquele que, independentemente da idade gestacional (IG) ou peso ao nascer, tem uma probabilidade acima da média de morbilidade e/ou mortalidade, normalmente derivada de condições ou circunstâncias diferentes do considerado percurso habitual, associadas ao nascimento ou na adaptação à vida extrauterina. O período de alto risco vai desde a viabilidade (IG superior às 24 semanas) até 28 dias após o nascimento, incluindo as ameaças à vida e saúde que possam ocorrer nos períodos pré-natal, perinatal e pós-natal (Hockenberry & Wilson, 2014).

Esta evolução dos cuidados de saúde proporcionou a oportunidade de sobrevivência de RN com IG superior a 22 semanas (Altimier & Phillips, 2013). No entanto, estes RN pela sua imaturidade global e condições de saúde, associado à necessidade de cuidados especializados e dependentes de tecnologias, estão em risco de desenvolver alterações músculo-esqueléticas, neuro-comportamentais ou posturais, entre outras (Picheansathian, Woragidpoonpol & Baosoung 2009; Altimier & Phillips, 2013), o que justifica a necessidade de estabelecer estratégias de prevenção e estimulação durante o período de internamento (Araújo, 2010) promovendo a manutenção e apoio do crescimento e desenvolvimento harmonioso.

A prática de cuidados na UCIN tem implícita a preocupação com o posicionamento do RN, na medida em que o enfermeiro tem consciência de que este é um elemento preponderante no crescimento e desenvolvimento do RN, bem como que esta é uma área autónoma da sua esfera de cuidados. No entanto, apesar da sensibilidade para esta temática e de já existir investigação internacional e escalas desenvolvidas ou

em desenvolvimento, ainda estamos perante uma prática não uniformizada ou padronizada em Portugal, o que afeta inevitavelmente tanto a continuidade como a avaliação dos cuidados prestados. Nesta linha de pensamento, e tendo em consideração os benefícios do posicionamento terapêutico, considero que a aplicação de um instrumento de avaliação do posicionamento do RN na UCIN, a nível nacional, seja essencial para a prestação de cuidados de qualidade, o que justifica a escolha e pertinência do tema para o desenvolvimento da enfermagem e profissional.

Para tal, considera-se necessário procurar, identificar e seleccionar um instrumento de avaliação do posicionamento do RN, que seja pertinente, fiável e adequado às características da população neonatal portuguesa e, ainda, passível de ser validado estatisticamente, permitindo assim uniformizar intervenções/cuidados e, consequentemente, melhorar a qualidade dos cuidados e dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros (Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010).

O posicionamento terapêutico é um exemplo paradigmático de uma intervenção autónoma de enfermagem na UCIN, não invasiva, sustentada pela evidência científica e de grande impacto no RN. É essencial o enfermeiro intervir, tão cedo quanto possível na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, com objetivo de maximizar o seu potencial de desenvolvimento, prestando cuidados específicos de acordo com as necessidades individuais.

Fundamentação Teórica

Na atualidade, com a evolução técnica e científica na área da saúde, as hipóteses de sobrevivência de RN com baixa IG têm aumentado (Altimier & Phillips, 2013). No entanto, apesar destes avanços tecnológicos, os RN tornam-se mais vulneráveis e suscetíveis aos riscos inerentes da prematuridade, entre os quais podem-se enumerar as possíveis sequelas a nível músculo-esquelético, neuro-comportamental ou postural (Picheansathian et al., 2009; Altimier & Phillips, 2013), pelo que se torna primordial apoiar o desenvolvimento do RN e diminuir os efeitos adversos do ambiente da UCIN (Altimier & Phillips, 2013).

Alicerçados neste constructo Altimier e Phillips (2013) desenvolveram o Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal¹ que é baseado em sete

¹ Tradução do autor do original *The Neonatal Integrative Developmental Care Model*

medidas nucleares neuroprotetoras: ambiente; parceria com as famílias; posicionamento e movimentação; minimização do *stress* e da dor; proteção da pele; proteção do sono, e otimização da nutrição. Sendo o objetivo, utilizar as mesmas como estratégias para suportar a criação de conexões neuronais ideais, promover o desenvolvimento adequado e prevenir as alterações físicas, comportamentais e neurológicas. De entre estas sete medidas, destaca-se, neste projeto, o posicionamento, sendo este de intervenção autónoma de enfermagem, de simples execução e um cuidado não invasivo. Gibbins, Coughlin e Hoat (2010) ressaltam que os cuidados e intervenções para o desenvolvimento têm revelado resultados positivos a nível neurológico, do crescimento e desenvolvimento do RN devendo ser implementadas nas UCIN.

A preocupação associada ao posicionamento do RN é justificada pelas suas particularidades, nomeadamente o RNPT apresenta maior risco de desenvolver problemas motores, cognitivos, neurológicos e alterações comportamentais (Picheansathian et al., 2009; Altimier & Phillips, 2013).

Além das alterações provocadas pelo nascimento prematuro e/ou pela admissão na UCIN, os pais também experienciam a interrupção do processo da parentalidade (Lawhon, 2002; Andreani, Custódio & Crepaldi, 2006). O nascimento de um RN é considerado um momento de transição no ciclo de vida individual e familiar, neste caso dificultado pela prematuridade ou pela necessidade de internamento na UCIN, tendo um elevado impacto nos comportamentos, relações e funções dos elementos da família (Meleis, 2010; Cruz, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014). O nascimento acarreta sempre uma transição para o RN, decorrente da adaptação da vida intrauterina para a vida extrauterina, e/ou por situações de saúde/doença exigentes e severas, assim como para os pais, devido à adaptação a um novo papel e nova realidade. Em consonância com Meleis (2010), as transições implicam mudança nos papéis relacionais, nas expectativas e habilitações, sendo necessário o indivíduo incorporar novos conhecimentos e modificar o seu comportamento. Os enfermeiros devem ter em consideração todas as possíveis situações transicionais com relevância no contexto familiar, prestando cuidados em momentos de transição e facilitando essas mesmas transições, para que sejam bem-sucedidas. Assim, a aplicação de um posicionamento adequado facilita a transição do RN de um ambiente uterino para a iatrogenia ambiental da UCIN, tanto mais abrupta quanto mais doente ou imaturo for o RN e, com os pais, o enfermeiro pode intervir apoiando-os na transição para um novo papel, promovendo a vinculação, a parentalidade e a capacitação parental.

O RN ao nascer, se fisiologicamente instável ou imaturo é imediatamente separado da mãe e rodeado por equipamentos altamente especializados, que se tornam uma barreira à vinculação. Esta separação aliada à imaturidade e, por vezes, ao risco de sobrevivência pode afetar ainda mais o processo de vinculação e é um momento de grande crise para os pais (Jorge, 2004). Os pais ao se confrontarem com o ambiente da UCIN intensificam a ideia de que o seu filho é extremamente frágil, o que vem reforçar a necessidade de serem auxiliados para que possam concentrar-se nas reais capacidades de desenvolvimento do seu bebé e não no que este poderia ter sido (Brazelton, 2004). Este ambiente (UCIN) vai influenciar o modo como os pais e RN se adaptam, e tal como refere Neuman, existem inúmeras necessidades e cada uma pode influenciar a harmonia ou estabilidade do cliente (pais e RN). O Modelo dos Sistemas de Betty Neuman refere que cada indivíduo (RN-Família) é um sistema aberto, que interage continuamente com *stressores* ambientais (presentes na UCIN) e está em constante mudança, caminhando em direção a um estado dinâmico de harmonia, equilíbrio ou bem-estar ou a uma situação de doença. O cuidado de enfermagem compreende o respeito pelo indivíduo como um todo (ser holístico), valorizando todas as suas variáveis (biológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) que influenciam a resposta do indivíduo aos *stressores* ambientais. O enfermeiro tem um papel fulcral na promoção do contato precoce do RN com os pais para o estabelecimento de uma ligação afetiva forte, na medida em que os apoia na construção desta relação, identificando os *stressores*, a reação aos *stressores* e as capacidades para lidar com os mesmos (Freese, 2004; Neuman & Fawcett, 2010). Relacionando com o tema do projeto, compreende-se que o posicionamento adequado permite diminuir o impacto que o ambiente da UCIN (luz, ruído, procedimentos, hipotonia do RN) tem no desenvolvimento do RN, sendo este ambiente um *stressor* na harmonia da transição.

Deste modo, os cuidados em pediatria baseiam-se na filosofia dos cuidados centrados na família (CCF) e Não Traumáticos. A “filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como uma constante na vida da criança” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.11), sendo o foco do cuidado, o respeito, o apoio e a colaboração, e tendo como conceitos básicos a capacitação e o empoderamento da família. Os profissionais têm o dever de capacitar as famílias, de forma individualizada e progressiva, dando-lhes oportunidades para demonstrarem as suas aptidões e competências, assim como adquirirem outras que sejam pertinentes para responderem às necessidades da criança, mantendo o controlo sobre as suas vidas. O papel do

enfermeiro é apoiar a família na prestação de cuidados e na tomada de decisão (Hockenberry & Wilson, 2014). Destaca-se, a este nível e em concordância com o tema do projeto, a importância do cuidado individualizado na promoção de posturas adequadas, através do posicionamento terapêutico, centrado nas necessidades individuais do RN. Tal como referido em epígrafe, torna-se fundamental envolver toda a equipa de enfermagem e a família neste processo, capacitando a mesma a cuidar de forma competente e adequada. Relativamente ao pilar dos Cuidados Não traumáticos, estes baseiam-se na utilização de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto físico e psicológico da criança/jovem e família, tendo como objetivo não causar dano, que pode ser alcançado, prevenindo ou minimizando a separação da criança e família, promovendo sentimentos de controlo, e prevenindo ou minimizando a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Wilson, 2014). Neste âmbito, o posicionamento terapêutico constitui uma intervenção, que se enquadra nos Cuidados Não Traumáticos, na medida em que promove o conforto, alivia a dor, prevenindo as sequelas resultantes de posicionamentos incorretos.

A transição precoce e abrupta do RNPT para a vida extrauterina torna-se um momento de desorganização (Picheansathian et al., 2009; Meleis, 2010), uma vez que o ambiente intrauterino, onde se encontrava, promovia o posicionamento ideal, mantendo o RN numa posição de flexão, contenção, alinhamento corporal adequado e orientação à linha média (Sweeney & Gutierrez, 2002; Waitzman, 2007). O ambiente intrauterino é caracterizado por limites seguros para a flexão generalizada e barreiras suaves e seguras que permitem o desenvolvimento do feto e o movimento fetal ativo (Hunter, 2010), exposição limitada à luminosidade e ruído, desenvolvimento normal do ciclo do sono, acesso direto e permanente à mãe (Altimier & Phillips, 2013), promovendo o neurodesenvolvimento e a autorregulação (Zarem, Crapnell, Tiltges, Madlinger, Reynolds, Lukas & Pineda, 2013). Ao nascer o RNPT apresenta défice de tónus muscular e força (hipotonia), assumindo frequentemente uma posição de extensão do pescoço, costas e extremidades (Sweeney & Gutierrez, 2002) com a cabeça lateralizada para um lado (geralmente o direito), as extremidades em abdução e rotação externa (Hunter, 2010). Esta posição de extensão ocorre devido ao efeito da gravidade e à predominância do tónus extensor (Altimier & Phillips, 2013), podendo afetar a aquisição de capacidades fundamentais para o desenvolvimento motor e dificultar a autorregulação (Sweeney & Gutierrez, 2002).

O posicionamento terapêutico e adequado é uma das intervenções mais simples para fornecer suporte postural e que tem impacto imediato e duradouro sobre o desenvolvimento do RN. É uma estratégia de intervenção usada para promover a estabilidade neuro-motora, neuro-comportamental e músculo-esquelética, promovendo ainda a função fisiológica e a estabilidade, a integridade da pele, a regulação térmica, a densidade óssea, o sono e o desenvolvimento cerebral (Waitzman, 2007; Hunter, 2010). Os principais objetivos do posicionamento terapêutico são apoiar a postura e o movimento; otimizar o desenvolvimento músculo-esquelético e o alinhamento biomecânico; proporcionar exposição controlada a estímulos propriocetivos, tácteis e visuais; promover a organização comportamental; promover a flexão e orientação à linha média, com intuito de prevenir posturas e movimentos assimétricos; prevenir o achatamento da cabeça e rotação externa das ancas (Aucott, Donohue, Atkins & Allen, 2002; Sweeney & Gutierrez, 2002; Fonseca & Barros, 2016). Tendo em conta os objetivos do posicionamento terapêutico compreende-se que este dá resposta às necessidades do RNPT, na medida em que este deve manter-se numa posição mediana, em flexão, contenção e confortável (Altimier & Phillips, 2013), usando equipamentos de auxílio e limites de posicionamento apropriados (Ferrari, Bertoni, Gallo, Roversi, Guerra, Ranzi & Hadders-Algra, 2007; Coughlin, Gibbins & Hoath, 2009).

Vários estudos e autores examinaram e reforçaram os resultados e benefícios do posicionamento ao nível do desenvolvimento, crescimento e maturação neurológica, comportamental, músculo-esquelética, postural e dos movimentos do RN. Já em 1986, Updike, Rosemary, Schmidt et al., citado por Vaivre-Douret, Ennourib, Jrad, Garrec e Papiernik (2004), consideraram que a posição que o RNPT adota quando não tem suportes ao posicionamento, mantendo uma postura em extensão, tem consequências no desenvolvimento, pelo que sugeriram alterações regulares de posição. Nesta linha, Vaivre-Douret et al. (2004) concluíram que a modificação regular da posição, associado a posturas funcionais adequadas, favorece a manutenção da função neuromuscular e osteoarticular, assim como o desenvolvimento da atividade motora espontânea e adequada. O posicionamento apropriado facilita a postura em flexão e os padrões de movimentos em direção ao centro do corpo (Nakano, Kihara, Nakano & Konishi, 2010), promovendo o desenvolvimento motor adequado e minimizando os padrões de movimento anómalos (Testa, Lavrador & Barraca, 2002).

Acrescido aos benefícios enumerados, o posicionamento terapêutico promove a melhoria dos padrões de sono (Grunau, Linhares, Holsti, Oberlander & Whitfield, 2004;

Picheansathian et al., 2009; Peng, Chen, Li, Smith, Chang & Huang, 2014; Modesto, Avelar, Pedreira, Pradella-Hallinan, Avena & Pinheiro, 2016), reduz a área superficial do RNPT exposto, reduzindo assim as perdas de calor radiante e convectivo (Hunter, 2010; Altimier & Phillips, 2013), previne o aparecimento de deformidades cranianas (McManus & Capistran, 2008) e de úlceras por pressão (Sousa, Dias, Pedro, Artilheiro & Curado, 2016), promove o desenvolvimento cerebral simétrico (McManus & Capistran, 2008), a segurança, a organização comportamental, satisfação emocional, diminuição do *stress* e autorregulação do RNPT (Sousa et al, 2016); melhora o desempenho da função pulmonar (Abdeyazdan Nematollahi, Ghazavi, & Mohhamadzadeh, 2010; Gouna, Rakza, Kuissi, Pennaforte, Mur & Storme, 2013; Sousa et al., 2016) e da função gastrointestinal (Ewer, James, & Tobin, 1999; Chen, Tzeng, Gau, Kuo & Chen, 2013).

Na UCIN o posicionamento do RN é avaliado de forma geral e não tem associado uma avaliação específica com utilização de um instrumento padronizado, logo podemos considerar que os princípios de observação não são consistentes para todos os observadores. Pelo supracitado e pela consciência da importância de práticas uniformizadas e consistentes na UCIN, no que concerne ao posicionamento do RN, é necessário associar à observação geral a observação específica através de um instrumento de avaliação do posicionamento, que permita uniformizar procedimentos. No entanto, apesar dos benefícios da utilização de um instrumento, os cuidados devem manter-se focados na individualidade, através de um processo reflexivo e dinâmico.

Questão de partida/ enquadramento da problemática

A problemática que sustenta este projeto relaciona-se com a inconsistência das práticas de enfermagem relacionadas com o posicionamento do RN, o que aliado à descrita e justificada importância deste cuidado para o desenvolvimento e crescimento harmonioso do mesmo, faz emergir a necessidade de identificar e selecionar um instrumento de avaliação que permita uniformizar e padronizar o posicionamento terapêutico, passível de ser aplicado à população neonatal portuguesa.

A metodologia de projeto tem como objetivo a resolução de problemas, identificados nos contextos reais da prática, através da pesquisa de evidência científica, e é constituída por cinco etapas: diagnóstico da situação, definição dos objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados (Freitas, 2010) tem

funcionado como elemento fundamental para dar resposta aos dois primeiros objetivos do projeto de mestrado: 1) Desenvolver competências no âmbito do posicionamento do RN, em situação de saúde e doença, na UCIN; 2) Identificar e selecionar o instrumento de avaliação do posicionamento do RN na UCIN.

A pesquisa da evidência científica, através de uma revisão *scoping* em curso, permitiu até à data identificar os seguintes instrumentos que permitem mensurar a qualidade do posicionamento. Louw e Maree (2005) parecem ter sido dos primeiros a construir uma grelha de observação. Desenvolveram um instrumento cuja fiabilidade não foi obtida, dada a pequena dimensão da amostra que participou no *workshop* organizado para esse propósito (n=11). Recentemente, uma equipa Tailandesa desenvolveu uma ferramenta de avaliação, apoiada por instrumentos audiovisuais de educação, com resultados aparentemente promissores mas, apenas disponíveis em chinês (Chen, Lin., Su, Lin & Hsu, 2014), o que limita a difusão e aplicabilidade à escala global. A *Infant Position Assessment Tool* (IPAT) foi desenvolvido entre 2007 e 2010 pelos investigadores Coughlin, Lohman e Gibbins (2010), em colaboração com a *Children's Medical Ventures* (parte da *Philips Corporation*, que detém os direitos de autor da escala e responsável pela produção e comercialização de equipamentos de posicionamento patenteados). Foi concebida tendo por base objetivos educacionais, de avaliação e de uniformização de procedimentos. Através da interpretação de imagens permite avaliar o posicionamento do RN em seis áreas corporais: 1) cabeça, 2) pescoço, 3) ombros, 4) mãos, 5) ancas e 6) joelhos /tornozelos /pés. Cada uma é pontuada com uma escala ordinal entre zero e dois pontos (pontuação 0 – posicionamento inaceitável/inadequado, pontuação 1 – alternativas aceitáveis ao posicionamento e pontuação 2 – posicionamento apropriado), num total cumulativo, considerado ideal entre dez e doze pontos (posicionamento aceitável na medida em que a assimetria do posicionamento pode ocorrer pela presença de dispositivos/tecnologia). A validade de conteúdo e a fiabilidade do instrumento foram atingidas, mas carece de mais investigação para maior sustentabilidade científica.

A equipa de investigação liderada por Coughlin (Caring Essentials Collaborative Inc, 2012) desenvolveu outra escala mais recentemente, a *Neonatal Postural Assessment Worksheet –neoPAW*, em 2015, e reformulada numa nova versão em 2017, e, tal como a IPAT, foi concebida tendo por base objetivos educacionais, de avaliação e de uniformização de procedimentos. O seu manuseio é de simples preenchimento, através da interpretação de imagens permite avaliar o posicionamento do RN em sete

áreas corporais: 1) cabeça, 2) pescoço, 3) ombros, 4) coluna vertebral/tronco, 5) mãos, 6) ancas, e 7) joelhos e tornozelos. Cada uma é pontuada entre zero e dois pontos num total cumulativo.

Após a análise dos instrumentos disponíveis na evidência científica foi seleccionada a IPAT para este projecto, uma vez que a validade de conteúdo e a fiabilidade do instrumento foram atingidas, e foram encontrados na evidência científica estudos acerca da mesma. A avaliação das qualidades psicométricas da escala foi feita com recurso a estimação da validade e fiabilidade.

Assim este projeto pretende contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, melhoria dos registos, promover a mudança e inovação nas práticas, a formação contínua e o desenvolvimento pessoal e profissional.

Após o processo de validação e difusão da sua utilização nas UCIN, dados os benefícios da aplicação da escala, sugere-se à tutela e aos órgãos reguladores da profissão, que possa haver integração da mesma no padrão de documentação dos registos centralizados de enfermagem, ao nível das plataformas de informação dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Desta forma, a IPAT pode concorrer para apoiar uma prática de enfermagem baseada na evidência, com repercussões para a definição de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e indicadores de boas práticas.

Objetivo do Projeto

Este estudo tem como objetivo efetuar pré-teste da IPAT com objetivo de validação estatística para a população neonatal portuguesa

Desenho do Estudo

O projeto de investigação operacionaliza-se com a identificação e selecção do instrumento de avaliação do posicionamento do RN, através de uma revisão *scoping* em curso acerca do mesmo, que teve como intuito preparar para um estudo primário de investigação (Arksey & O'Malley, 2005; The Joanna Briggs Institute, 2015), seguido da elaboração do projeto de investigação para validação da escala seleccionada. Os dados obtidos até à data com a revisão *scoping* permitiram identificar os instrumentos existentes na evidência científica, e após a análise destes foi seleccionada a escala IPAT.

Pretende-se realizar um estudo observacional com abordagem quantitativa. A colheita de dados será feita com recurso à escala IPAT. A IPAT é constituída por 6 indicadores de avaliação, nomeadamente: 1) cabeça, 2) pescoço, 3) ombros, 4) mãos /braços, 5) ancas e 6) joelhos /tornozelos /pés. Cada uma é pontuada entre zero e dois pontos (pontuação 0 – posicionamento inaceitável/inadequado, pontuação 1 – alternativas aceitáveis ao posicionamento e pontuação 2 – posicionamento apropriado), num total cumulativo, considerado ideal entre dez e doze pontos (posicionamento aceitável na medida em que a assimetria do posicionamento pode ocorrer pela presença de dispositivos/tecnologia).

A tradução e validação da escala para a população neonatal portuguesa foi autorizada pela *Children's Medical Ventures* (parte da *Philips Corporation*, que detém os direitos de autor da escala). A tradução da versão original inglesa para português foi feita por dois tradutores (portugueses, bilingues, com conhecimentos na área da neonatologia e do estudo), originando duas versões da escala, as quais foram sujeitas a retroversão por dois tradutores (bilingues). Após análise das duas versões fez-se o ajuste do instrumento e a equivalência semântica dos itens. Num passo seguinte faremos a submissão a um grupo de peritos (enfermeiros e médicos com experiência em

neonatologia) para validação facial e a aplicação da IPAT a um grupo de crianças com características semelhantes às da população sob estudo. Posteriormente pretende-se realizar a observação do RN com uso da escala traduzida e realizar o teste piloto.

Os participantes a incluir serão todos os RN até aos 28 dias (após atingirem as 40 semanas de idade corrigida). Excluem-se os RN que apresentem alterações do sistema músculo-esquelético. Os participantes no estudo serão selecionados aleatoriamente (Maroco, 2010).

A aplicação do instrumento em campo será realizada por 3 enfermeiros (2 em simultâneo) a quem será realizada uma formação prévia acerca dos princípios do posicionamento do RN e sobre o instrumento a utilizar. A colheita de dados consiste na aplicação da versão portuguesa da IPAT a uma amostra preferencial de 100 RN, sendo a amostra mínima de 60 RN, tendo por base o princípio da garantia da variabilidade para estimar os parâmetros (Curado, Teles & Marôco, 2014) em que o número de observações por indicador deve ser entre 10 e 20. A colheita de dados terá início após as autorizações do CES e dos tutores legais das crianças que participaram no estudo, prevendo-se realizar no período entre 11 de Dezembro de 2017 e 9 de Fevereiro de 2018.

A análise de dados e a validade fatorial da IPAT será realizada com recurso ao *Software SPSS*.

Referências Bibliográficas

- Abdeyazdan, Z., Nematollahi, M., Ghazavi, Z., & Mohhamadzadeh, M. (2010). The effects of supine and prone positions on oxygenation in premature infants undergoing mechanical ventilation. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 15(4), 229-233.
- Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 13(1), 9-22. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>.
- Andreani, G., Custódio, Z. A., & Crepaldi, M. A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*. 24, 115-126. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n24/n24a11.pdf>.
- Araújo, A. (2010). *Desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em Unidade de Neonatologia*. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 8(1), 19-32.
- Aucott, S., Donohue, P. K., Atkins, E., & Allen, M.C. (2002). Neurodevelopmental care in the NICU. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 8(4), 298–308.
- Brazelton, T. (2004). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (7ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Chen, S., Tzeng, Y.L., Gau, B.S., Kuo, P.C., & Chen, J.Y. (2013). Effects of prone and supine positioning on gastric residuals in preterm infants: A time series with cross-over study. *International Journal of Nursing Studies*. 50, 1459–1467. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.02.009>.
- Chen, C.M., Lin K.H., Su H.Y., Lin M.H. & Hsu C.L. (2014) Improving the positioning and nesting for premature infants by nurses in neonatal intensive care units. *Hu Li Za Zhi*. 61(Suppl.)
- Coughlin, M., Gibbins, S., & Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*. 65(10), 2239-2248.
- Coughlin, M., Lohman, M., & Gibbins, S. (2010). Reliability and Effectiveness of an Infant Positioning Assessment Tool to Standardize Developmentally Supportive

Positioning Practices in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 10(2), 104-106. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2010.03.003>.

- Curado, M. A., Teles, J., & Maroco, J. (2014). Analysis of variables that are not directly observable: Influence on decision-making during the research process. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 48(1), 146-152.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- Ewer, A.K., James, M.E., & Tobin, J.M. (1999). Prone and left lateral positioning reduce gastro-oesophageal reflux in preterm infants. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 81(3), F201-F205.
- Ferrari, F., Bertoncelli, N., Gallo, C., Roversi, M.F., Guerra, M.P., Ranzi, A., & Hadders-Algra, M. (2007). Posture and movement in healthy preterm infants in supine position in and outside the nest. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*. 92(5), F386-F390.
- Fonseca, R., & Barros, I. (2016). Terapêutica de posição em neonatologia. In Lourenço, M.J., Ferreira, O. & Baixinho, C.L. (Coords). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp.185-193). Loures: Lusodidacta.
- Freese, B.T. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In A. M. Tomey & M.R. Alligood (aut). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp.335-355). Loures, Lusociência.
- Freitas, A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. 15, 1-38.
- Gibbins, S., Coughlin, M., & Hoath, SB. (2010). Quality indicators: using the universe of developmental care model as an exemplar for change. In: Kenner, C. & McGrath, J. (eds). *Developmental care of newborns and infants: a guide for health professionals* (pp. 43—59.). MO, United States: Mosby Publishers.
- Gouna, G., Rakza, T., Kuissi, E., Pennaforte, T., Mur, S., & Storme, L. (2013). Positioning Effects on Lung Function and Breathing Pattern in Premature Newborns. *The Journal of Pediatrics*. 162(6), 1133–1137. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.11.036>.
- Grunau, R.E., Linhares, M.B.M., Holsti, L., Oberlander, T.F., & Whitfield, M.F. (2004). Does Prone or Supine Position Influence Pain Responses in Preterm Infants at 32 Weeks Gestational Age? *The Clinical Journal of Pain*. 20(2), 76-82.

- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).
- Hunter, J. (2010). Therapeutic positioning: neuromotor, physiologic and sleep implications. In Kenner & McGrath (Eds). *Developmental Care of Newborns and Infants, A Guide for Health Professionals* (pp. 285-312) (2ª ed.). Glenview: NANN.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2015). *Estatísticas Demográficas 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACoesPub_boui=139659&PUBLICACoesModo=2.
- Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança. (Re)Pensar o Cuidar em Enfermagem*. (1ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Lawhon, G. (2002). Facilitation of parenting the premature infant within the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 16(1), 71–85. Disponível em: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=748aff91-17a1-42c9-83d9-b312e1a5e74f%40sessionmgr4002&vid=2&hid=4102>.
- Louw, R. & Maree, C. (2005). The effect of formal exposure to developmental care principles on the implementation of developmental care positioning and handling of preterm infants by neonatal nurses. *Health SA Gesondheid*. 10(2), 24-3.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com SPSS*. Pero Pinheiro, Portugal: Report Number.
- McManus, B.M., & Capistran, P.S. (2008). A Case Presentation of Early Intervention with Dolichocephaly in the NICU: Collaboration Between the Primary Nursing Team and the Developmental Care Specialist. *Neonatal Network*. 27(5), 307-315.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Modesto, I.F., Avelar, A.F.M., Pedreira, M.D.L.G., Pradella-Hallinan, M., Avena, M.J., & Pinheiro, E.M. (2016). Effect of sleeping position on arousals from sleep in preterm Infants. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 21(3), 131-138. DOI:10.1111/jspn.12147.

- Nakano, H., Kihara, H., Nakano, J., & Konishi, Y. (2010). The Influence of Positioning on Spontaneous Movements of Preterm Infants. *Journal of Physical Therapy Science*. 22(3), 337-344.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2010). *The Neuman Systems Model*. (5^aed). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Peng, N.H., Chen, L.L., Li, T.C., Smith, M., Chang, Y.S., & Huang, L.C. (2014). The effect of positioning on preterm infants' sleep–wake states and stress behaviours during exposure to environmental stressors. *Journal of Child Health Care*. 18(4), 314–325. **DOI:**10.1177/1367493513496665.
- Picheansathian, W., Woragidpoonpol, P., & Baosoung, C. (2009). Positioning of preterm infants for optimal physiological development: a systematic review. *JBIM Library of Systematic Reviews*. 7(7), 224–259.
- Sousa, B.S.T., Dias, C.M.M.S., Pedro, C.S., Artilheiro, G.C.T.D., & Curado, M.A. (2016). Cuidar para o desenvolvimento: a terapêutica de posição no recém-nascido pré-termo. In Lourenço, M.J., Ferreira, O. & Baixinho, C.L. (Coords). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro* (pp.167-184). Loures: Lusodidacta.
- Sweeney, J.K., & Gutierrez, T. (2002). Musculoskeletal Implications of Preterm Infant Positioning in the NICU. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 16(1), 58-70.
- Testa, A., Lavrador, M., & Barraca, S. (2002). Protocolo de posicionamento do recém-nascido prematuro. *Revista Referência*, 8, 79-83.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/ Supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Briggs Institute.
- Vaivre-Douret, L., Ennourib, K., Jrad, I., Garrecd, C., & Papiernik, E. (2004). Effect of positioning on the incidence of abnormalities of muscle tone in low-risk, preterm infants. *European Journal of Paediatric Neurology*. 8(1), 21-34. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpn.2003.10.001>.
- Waitzman, K.A. (2007). The importance of Positioning the Near-term Infant for Sleep, Play and Development. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 7(2), 76-81. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2007.05.004>.

World Health Organization (2008). The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever). Geneve: World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/whr/2008/en/>.

World Health Organization, March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health & Save the Children (2012). *Born Too Soon: The Global action report on preterm Birth*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf .

Zarem, C., Crapnell, T., Tiltges, L., Madlinger, L., Reynolds, L., Lukas, K., & Pineda, R. (2013). Neonatal Nurses' and Therapists' Perceptions of Positioning for Preterm Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*. 32(2), 110-116. **DOI:**10.1891/0730-0832.32.2.110.

**Apêndice XVI –
Consentimento informado, livre e esclarecido**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

A Unidade de Neonatologia do CHLO – H.S.F.X., organiza os cuidados de enfermagem em conformidade com o Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal, pelo que estes cuidados são programados e executados de acordo com o desenvolvimento único de cada criança e da sua capacidade de tolerância aos mesmos. Esta programação de cuidados preocupa-se com o ambiente existente na Unidade, gestão da dor e do stress, proteção do sono e do posicionamento entre outros.

Face a esta realidade e, tendo como premissa a reflexão das práticas em contexto neonatal e a minha formação pós-graduada, a frequência do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a desenvolver o projeto de investigação “O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia: Posicionar para Melhor Cuidar” orientado pela Professora Doutora Maria Alice Santos Curado, o qual inclui a validação de uma escala de avaliação da do posicionamento do recém-nascido (RN). Pretende-se realizar um estudo que teste uma escala de avaliação do posicionamento do RN na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais com o objectivo de validar a sua aplicabilidade em cuidados neonatais, para que eventualmente funcione como instrumento de avaliação do posicionamento e oriente na tomada de decisão e de medidas preventivas. O instrumento de pesquisa é a *Infant Position Assessment Tool* (IPAT) o qual não implica qualquer tipo de intervenção que perturbe o bem-estar do vosso filho. Deste modo gostaríamos de contar com a vossa colaboração, permitindo avaliação do posicionamento do vosso filho através desta escala, durante o internamento, pela equipa de Enfermagem.

A sua participação é uma decisão voluntária e gratuita. Não trará qualquer despesa ou prejuízo e não irá expor o seu bebé a nenhum risco ou procedimento. Pode decidir retirar o seu consentimento em qualquer momento por simples manifestação escrita, sem qualquer prejuízo no seu acompanhamento clínico. Todas as informações pessoais e identificáveis serão utilizadas unicamente para os fins aqui previstos ou sessões científicas no âmbito da saúde. As informações pessoais ou identificáveis recolhidas são estritamente confidenciais e servem unicamente os fins enunciados, não sendo cedidas a terceiros. Salvaguarda-se a utilização dos resultados serem publicados no trabalho final deste projeto, e/ou num artigo científico, não podendo, porém, identificar as pessoas envolvidas. Terá acesso, caso queira, ao produto final do trabalho. Solicita-se, por meio de assinatura, que confirme que foi informado (a) das condições de recolha e utilização do material, sob a forma escrita, cedido de sua livre vontade e que aceita a sua utilização no estudo descrito.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional:

Inês Cruz (Ordem dos Enfermeiros – Cédula Profissional 5-E-64837)

Assinatura: _____

Unidade de Neonatologia HSF, CHLO-EPE

Estrada do Forte do Alto do Duque 1495-005 Lisboa

(+351) 210 43 14 71/2/3

Lisboa, ____/____/____ Assinatura: _____

Apêndice XVII –
Documento orientador para aplicação da
Infant Position Assessment Tool (IPAT)

INFANT POSITION ASSESSMENT TOOL

A *Infant Position Assessment Tool* (IPAT) foi desenvolvido entre 2007 e 2010 pelos investigadores Coughlin, Lohman e Gibbins (2010), em colaboração com a *Children's Medical Ventures* (parte da *Philips Corporation*, que detém os direitos de autor da escala e responsável pela produção e comercialização de equipamentos de posicionamento patenteados). Foi concebida tendo por base objetivos educacionais, de avaliação e de uniformização de procedimentos. Através da interpretação de imagens permite avaliar o posicionamento do RN em seis áreas corporais: 1) cabeça, 2) pescoço, 3) ombros, 4) mãos, 5) ancas e 6) joelhos /tornozelos /pés. Cada uma é pontuada com uma escala ordinal entre zero e dois pontos (pontuação 0 – posicionamento inaceitável/inadequado, pontuação 1 – alternativas aceitáveis ao posicionamento e pontuação 2 – posicionamento apropriado), num total cumulativo, considerado ideal entre dez e doze pontos (posicionamento aceitável na medida em que a assimetria do posicionamento pode ocorrer pela presença de dispositivos/tecnologia). A validade de conteúdo e a fiabilidade do instrumento foram atingidas, mas carece de mais investigação para maior sustentabilidade científica.

Após a análise dos instrumentos disponíveis na evidência científica foi seleccionada a IPAT para este projecto, uma vez que a validade de conteúdo e a fiabilidade do instrumento foram atingidas, e foram encontrados na evidência científica estudos acerca da mesma.

METODOLOGIA

Pretende-se realizar um estudo observacional com abordagem quantitativa. A colheita de dados será feita com recurso à escala IPAT. A tradução e validação da escala para a população neonatal portuguesa foi autorizada pela *Children's Medical Ventures* (parte da *Philips Corporation*, que detém os direitos de autor da escala). A tradução da versão original inglesa para português foi feita por dois tradutores (portugueses, bilingues, com conhecimentos na área da neonatologia e do estudo), originando duas versões da escala, as quais foram sujeitas a retroversão por dois tradutores (bilingues). Após análise das duas versões fez-se o ajuste do instrumento e a equivalência semântica dos itens.

Os participantes a incluir serão todos os RN até aos 28 dias (após atingirem as 40 semanas de idade corrigida). Excluem-se os RN que apresentem alterações do sistema músculo-esquelético. Os participantes no estudo serão selecionados aleatoriamente (Maroco, 2010).

A aplicação do instrumento em campo será realizada por 3 enfermeiros (2 em simultâneo). A colheita de dados consiste na aplicação da versão portuguesa da IPAT a uma amostra preferencial de 100 RN, sendo a amostra mínima de 60 RN, tendo por base o princípio da garantia da variabilidade para estimar os parâmetros (Curado, Teles & Maroco, 2014) em que o número de observações por indicador deve ser entre 10 e 20. A colheita de dados terá início após as autorizações do CES e dos tutores legais das crianças que participaram no estudo

A análise de dados e a validade fatorial da IPAT será realizada com recurso ao *Software SPSS*.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DO PROCESSO CLÍNICO

Identificação:

- Iniciais: _____
- Nº: _____

Dados da Hospitalização:

- Diagnóstico (s) da hospitalização: _____

Dados de Nascimento:

- Peso de nascimento: _____ gramas
- Idade Gestacional: _____ semanas + _____ dias
- Sexo: Masc ☐ Fem ☐
- Tipo de Parto: Eutócico ☐ Distócico ☐ Qual: _____
- Raça: _____

INFANT POSITION ASSESSMENT TOOL



















Infant Position Assessment Tool (IPAT)

Escala de Avaliação do Posicionamento Infantil

Identificação: _____ Idade Gestacional: _____ Idade Corrigida: _____

Decúbito (dorsal, ventral, lateral direito ou esquerdo): _____

Data: _____ Hora: _____ Avaliador: _____

Indicadores	Opções de Resposta			Score
	0	1	2	
Ombros	Ombros em extensão 	Ombros neutros 	Ombros ligeiramente fletidos 	
Mãos	Mãos afastadas do corpo 	Mãos a tocar o tronco 	Braços fletidos com mãos a tocar a face 	
Ancas	Ancas em abdução com rotação externa 	Ancas em extensão 	Ancas alinhadas e suavemente fletidas 	
Joelhos, tornozelos e pés	Joelhos em extensão, tornozelos e pés em rotação externa 	Joelhos, tornozelos e pés em extensão 	Joelhos, tornozelos e pés alinhados e ligeiramente fletidos 	
Cabeça	Cabeça lateralizada (esquerda ou direita) com um ângulo superior a 45° em relação à linha média 	Cabeça lateralizada (esquerda ou direita) com um ângulo de 45° em relação à linha média 	Cabeça na linha média com um ângulo inferior a 45° (esquerda ou direita) em relação à linha média 	
Pescoço	Pescoço em hiperextensão 	Pescoço neutro 	Pescoço neutro, cabeça ligeiramente flectida para a frente próxima dos 10° 	
Score total				

Score Ideal = 10 – 12 pontos

* Adaptado de PHILIPS, Children's Medical Ventures (2010)

Traduzido por Inês Rebelo da Cruz e Maria Alice Santos Curado

* Permission granted by Philips Healthcare ©

Koninklijke Philips N.V. 2017., All rights reserved.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coughlin, M., Lohman, M., & Gibbins, S. (2010). Reliability and Effectiveness of an Infant Positioning Assessment Tool to Standardize Developmentally Supportive Positioning Practices in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 10(2), 104-106. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2010.03.003>.
- Curado, M. A., Teles, J., & Maroco, J. (2014). Analysis of variables that are not directly observable: Influence on decision-making during the research process. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 48(1), 146-152.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com SPSS*. Pero Pinheiro, Portugal: Report Number.

Apêndice XVIII –
Poster “Escalas de Avaliação do Posicionamento do Recém-Nascido na
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: protocolo para uma revisão
***scoping*”**

Escalas de Avaliação do Posicionamento do Recém-Nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: protocolo para uma revisão scoping

Inês Rebelo da Cruz*, Maria Alice Curado**

OBJETIVO/ QUESTÃO DE REVISÃO: Identificar e mapear na literatura científica as escalas de avaliação do posicionamento do Recém-Nascido (RN) na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

BACKGROUND

- ✓ Redução das taxas de mortalidade infantil
- ✓ Sobrevivência de RN com idade gestacional superior a 22 semanas
- ✓ Risco de desenvolver alterações músculo-esqueléticas, neuro-comportamentais ou posturais
(World Health Organization 2008, 2015; Picheansathian, Woragidpoonpol & Baosoung 2009; Altimier & Phillips, 2013; Instituto Nacional de Estatística, 2015)

BENEFÍCIOS DO POSICIONAMENTO

- ✓ Estabilidade e desenvolvimento neuro-motor e neuro-comportamental
- ✓ Desenvolvimento músculo-esquelético e densidade óssea
- ✓ Função fisiológica e estabilidade
- ✓ Integridade da pele
- ✓ Regulação térmica
- ✓ Sono
- ✓ Desenvolvimento cerebral (Hunter, 2010)
- ✓ O posicionamento é avaliado de forma geral e não tem associado uma avaliação específica com utilização de um instrumento padronizado, pelo que os princípios de observação não são consistentes para todos os observadores (Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010)

Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal - Posicionamento



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- ✓ **Participante:** RN até aos 28 dias de vida (período neonatal).
Excluem-se os RN que apresentem alterações do sistema músculo-esquelético
- ✓ **Conceito:** Posicionamento e Escalas de avaliação
- ✓ **Contexto:** UCIN
- ✓ **Tipos de fontes de informação:** Todos os estudos primários de investigação, quantitativos e qualitativos, e revisões sistemáticas da literatura, nos últimos dez anos

P
C
C

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

- ✓ Pesquisa nas bases de dados
 - ✓ The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports
 - ✓ CINAHL Plus with Full Text
 - ✓ MEDLINE with Full Text
 - ✓ COCHRANE Database of Systematic Reviews
 - ✓ PsycINFO
 - ✓ Nursing Reference
 - ✓ PubMed
 - ✓ Scielo – Scientific Electronic Library Online
- ✓ Identificar estudos publicados e não publicados
- ✓ Serão considerados estudos em português, inglês e espanhol
- ✓ 2 revisores

EXTRACÇÃO DE DADOS

- ✓ Foi desenvolvida uma tabela capaz de sumarizar de forma lógica e descritiva os resultados, em consonância com o objetivo e a questão de revisão

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

- ✓ Os dados extraídos serão compilados em tabela

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-22. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.ninr.2012.12.002>.
- Coughlin, M., Lohman, M., & Gibbins, S. (2010). Reliability and Effectiveness of an Infant Positioning Assessment Tool to Standardize Developmentally Supportive Positioning Practices in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 10(2), 104-106. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.ninr.2010.03.003>.
- Hunter, J. (2010). Therapeutic positioning: neuromotor, physiologic and sleep implications. In Kenner & McGrath (Eds). *Developmental Care of Newborns and Infants, A Guide for Health Professionals* (pp. 285-312) (2ª ed.). Glenview: NANN.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2015). *Estatísticas Demográficas 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Disponível em: https://www.inec.pt/portal/xmain?apid=INE&apid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=1396598&PUBLICACOESmodo=2.
- Picheansathian, W., Woragidpoonpol, P., & Baosoung, C. (2009). Positioning of preterm infants for optimal physiological development: a systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*, 7(7), 224-259.
- World Health Organization (2008). *The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever)*. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/whr/2008/en/>.
- World Health Organization (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988_eng.pdf.

PALAVRAS — CHAVE: RN, posicionamento, escalas de avaliação, UCIN

*Enfermeira da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital S. Francisco Xavier, Estudante do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria

**Professora Coordenadora, Departamento de Saúde da Criança e do Jovem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Apêndice XIX –
Diapositivos da apresentação:
“O Posicionamento e o Neurodesenvolvimento”



III Encontro Enfermeiros
de Neonatologia da Área de Lisboa
Cuidar para o Neurodesenvolvimento
na Vulnerabilidade
10 e 11 de Novembro de 2017

O posicionamento e o neurodesenvolvimento



Carlos Miguel Fernandes Correia
Inês Rebelo da Cruz
Novembro, 2017

Sumário



- Cuidados Centrados no Desenvolvimento - As 7 medidas neuroprotetoras
- Princípios fundamentais do posicionamento e da manipulação do recém-nascido pré-termo
- O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia - *Posicionar para Melhor Cuidar*

Cuidados Centrados no Desenvolvimento As 7 medidas neuroprotetoras

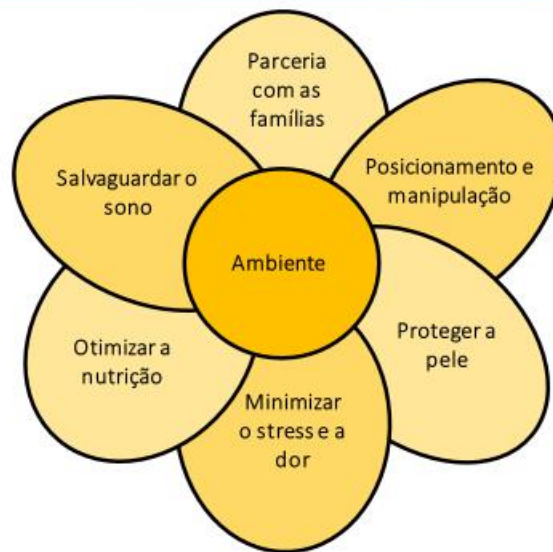


As 7 medidas neuroprotetoras



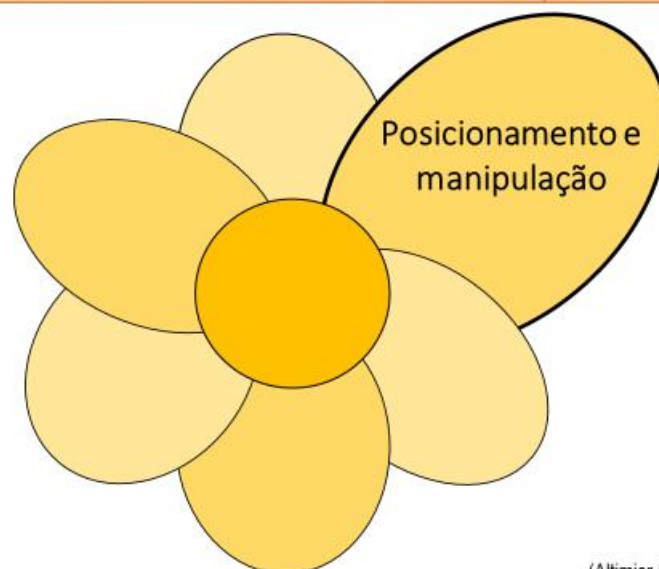
(Altamier & Phillips, 2013)

As 7 medidas neuroprotetoras



(Altimier & Phillips, 2013)

As 7 medidas neuroprotetoras



(Altimier & Phillips, 2013)

Posicionamento e manipulação



- A preocupação acrescida relativamente ao posicionamento, manipulação e suporte do recém-nascido pré-termo é justificada fundamentalmente pelas suas particularidades (Altimier & Phillips, 2013).
- O recém-nascido pré-termo em posição de repouso apresenta uma postura assimétrica, com a cabeça lateralizada e com as extremidades em abdução e rotação externa. Esta postura deve-se aos efeitos da gravidade e à predominância do tônus extensor (Altimier & Phillips, 2013; Toso, Viera, Valter, Delatore & Barreto, 2015).
- Os recém-nascidos pré-termo são incapazes de adotar um posicionamento estável adequado sem a utilização de suportes apropriados (Jeanson, 2013).
- O alinhamento corporal do recém-nascido em repouso é um dos fatores que contribui para o neurodesenvolvimento, mas também o modo como é manipulado (Altimier & Phillips, 2013).

Posicionamento terapêutico



- Tem por objetivo a tentativa de replicação do apoio contido e harmonioso do útero materno, proporcionando para tal suporte postural e de movimento, afim de otimizar o desenvolvimento musculoesquelético e promover o desenvolvimento de respostas adaptativas semelhantes às apresentadas por recém-nascidos de termo saudáveis (Altimier & Phillips, 2013).
- É uma das intervenções que se pode iniciar mais precocemente para contribuir para o neurodesenvolvimento (Waitzman, 2007; Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014).

Posicionamento terapêutico



O que nos dizem os estudos científicos?

- Promove o desenvolvimento postural e musculoesquelético normal (Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010; Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013; Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014).
- Melhora a estabilidade fisiológica e a regulação do sono (Waitzman, 2007; Picheansathian, Woragidpoonpol & Baosoung, 2009; Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013).
- Promove a integridade cutânea e o aumento da densidade óssea (Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013).
- Diminui o número e a duração dos episódios de choro e/ou agitação (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014).
- Promove a regulação térmica (Waitzman, 2007; Altimier & Phillips, 2013).
- Diminui os indicadores comportamentais de dor (Waitzman, 2007; Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013).
- Promove o desenvolvimento cerebral (Waitzman, 2007; Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014).

Princípios fundamentais do posicionamento e da manipulação do recém-nascido pré-termo



Princípios fundamentais para o posicionamento terapêutico



- Avaliar o ciclo de sono-vigília do recém-nascido para planejar o momento adequado para o reposicionamento (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014);
- Fornecer suporte durante o posicionamento (Altimier & Phillips, 2013);
- Promover contacto das mãos com a boca (Altimier & Phillips, 2013);
- O recém-nascido deve estar na linha média em flexão e numa posição confortável em todos os momentos do posicionamento, usando para tal ajudas de posicionamento e limites adequados (Coughlin, 2014);
- Os dispositivos utilizados para o posicionamento devem permitir o movimento espontâneo, fornecer contenção tátil e permitir a percepção do próprio corpo (Sweeney & Gutierrez, 2010; Altimier & Phillips, 2013);
- Os recém-nascidos com menos de 32 semanas de gestação deverão ter a cabeça na linha média nas primeiras 72 horas de vida ou até que atinjam estabilidade hemodinâmica (Coughlin, 2014);

Princípios fundamentais para o posicionamento terapêutico



- As ajudas de posicionamento são gradualmente removidas à medida que o bebé em decúbito dorsal demonstra flexão fisiológica da parte superior do corpo e/ou atinge as 4 semanas de idade corrigida. A partir deste momento deve dormir em decúbito dorsal sem dispositivos de apoio (Coughlin, 2014).
- A permanência em decúbito ventral pode e deve ser incentivada nas atividades diárias do bebé (Sweeney & Gutierrez, 2010; Coughlin, 2014).
- Educar os pais sobre os princípios e técnicas de posicionamento (Altimier & Phillips, 2013).



Princípios fundamentais para a manipulação do recém-nascido



- Os cuidados devem ser estabelecidos com base nos sinais de stress do recém-nascido. O agrupamento ou o fracionamento dos cuidados deve depender da ausência ou da presença destes sinais (Altimier & Phillips, 2013);
- A manipulação deve ser feita lentamente, modulando os movimentos, com as extremidades do recém-nascido fletidas e contidas (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014);
- O manuseio deve ser gentil e cuidadoso, fornecendo suporte à cabeça e aos quatro membros (Altimier & Phillips, 2013);
- A manipulação e o toque frequentes podem perturbar o sono (Coughlin, 2014);

Princípios fundamentais para a manipulação do recém-nascido



- O recém-nascido pré-termo de idade igual ou inferior a 26 semanas de gestação deve permanecer com a cabeça na linha média, mesmo quando é manipulado (Coughlin, 2014);
- O recém-nascido pré-termo (das 32s às 36s de idade gestacional/corrigida) beneficia de ser reposicionado a cada 3 ou 4 horas e sempre que necessário (Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013);
- No banho de banheira e a quando da pesagem do recém-nascido este deve estar enrolado (Altimier & Phillips, 2013);
- Educar os pais sobre os princípios e técnicas de contenção e manuseio do recém-nascido (Altimier & Phillips, 2013).

O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia

Posicionar para Melhor Cuidar



O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia

Posicionar para Melhor Cuidar



Enquadramento da Problemática

- O estado atual das práticas de posicionamento na UCIN demonstra a falta de consistência na adoção, aplicação e uso de práticas de posicionamento terapêuticas e ajudas de posicionamento eficazes

(Altimier & Phillips, 2013)

- Os instrumentos de avaliação permitem uniformizar procedimentos, realçar os aspetos fundamentais (melhorar a qualidade dos cuidados e dar visibilidade)

(Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010)

- O posicionamento terapêutico é um exemplo paradigmático de uma intervenção autónoma de enfermagem na UCIN, não invasiva, sustentada pela evidência científica e de grande impacto no RN, que promove o desenvolvimento motor adequado e minimiza os padrões de movimento anómalos

(Testa, Lavrador & Barraca, 2002)

O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia

Posicionar para Melhor Cuidar



Enquadramento da Problemática

- A prática de cuidados na UCIN: preocupação com o posicionamento do RN
- Prática não uniformizada ou padronizada em Portugal
- A aplicação de um instrumento de avaliação do posicionamento do RN na UCIN, a nível nacional, torna-se essencial para a prestação de cuidados de qualidade

Contributos do Projeto

- Melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem
- Melhoria dos registos
- Mudança e inovação nas práticas
- Formação contínua

O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia

Posicionar para Melhor Cuidar



Objetivos

- Desenvolver competências no âmbito do posicionamento do RN, em situação de saúde e doença, na UCIN
- Identificar e selecionar o instrumento de avaliação do posicionamento do RN na UCIN
- Efetuar pré-teste do instrumento selecionado com objetivo de validação estatística para a população neonatal portuguesa

O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia

Posicionar para Melhor Cuidar



Estudo

- Estudo observacional de abordagem quantitativa (metodológico)



O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia

Posicionar para Melhor Cuidar



Colheita de dados

- Infant Position Assessment Tool (IPAT)

Neonatal and Critical Care Nursing, 2016, 35, 14–18



Available online at www.sciencedirect.com
ScienceDirect
 journal homepage: www.elsevier.com/locate



ORIGINAL ARTICLE

The effectiveness of a standardised positioning tool and bedside education on the developmental positioning proficiency of NICU nurses



Arlene Spilker *, Constance Hill, Ruth Rosenblum

Reliability and Effectiveness of an Infant Positioning Assessment Tool to Standardize Developmentally Supportive Positioning Practices in the Neonatal Intensive Care Unit

Mary Coughlin, RN, MS, Mary Beth Lohman, OTR, BCP, and Sharyn Gibbins, RN, PhD



Contents lists available at [ScienceDirect](http://www.sciencedirect.com)
Newborn & Infant Nursing Reviews
 journal homepage: www.ninr.us



One-to-One Bedside Nurse Education as a Means to Improve Positioning Consistency

Elizabeth Jeatson, PT DPT Developmental Care Certified *

Developmental Specialist (DS), Bayview OSD Medical Center, Evanston, IL

O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia

Posicionar para Melhor Cuidar



Colheita de dados

- Infant Position Assessment Tool (IPAT)



- Pedido de autorização ao autor
- Tradução e adaptação cultural para língua portuguesa



O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia

Posicionar para Melhor Cuidar



Colheita de dados

- Infant Position Assessment Tool (IPAT)

Infant Position Assessment Tool (IPAT)
Escala de Avaliação do Posicionamento Infantil

Identificação: _____, idade gestacional: _____, idade corrigida: _____
 Sexo: _____, Data: _____, Hora: _____, Local: _____

Exatidão (lateral, ventral, lateral direita ou esquerda): _____

Indicadores	0	1	2	Score
Ombros	Ombros em extensão	Ombros em flexão	Ombros hiperestendidos	
Alças	Alças abduzidas de 90°	Alças a 45°	Alças flexionadas com ombros a 90°	
Antes	Antes em extensão	Antes em flexão	Antes abduzidos e hiperestendidos	
Joelhos, tornozelos e pés	Joelhos, tornozelos e pés em extensão	Joelhos, tornozelos e pés em flexão	Joelhos, tornozelos e pés abduzidos e hiperestendidos	
Coloço	Coloço em extensão	Coloço em flexão	Coloço hiperestendido	
Percurso	Percurso em extensão	Percurso em flexão	Percurso hiperestendido	

Score total: _____

O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia

Posicionar para Melhor Cuidar



Amostra

- Preferencial de 100 RN : 10 a 20 observações por indicador

(Curado, Teles & Maroco, 2014)

Participantes

- Seleção aleatória (Maroco, 2010)
- RN internados na UCIN até 28 dias (após atingirem as 40 semanas de idade corrigida)
- Excluídos RN com alterações do sistema músculo-esquelético

O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia

Posicionar para Melhor Cuidar



Tratamento de dados

- Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)

Considerações éticas

- Comissão de Ética para a Saúde do CHLO
- Consentimento Informado, livre e esclarecido
- Termo de Responsabilidade

Obrigado



Referências bibliográficas



- Altimier, L., Phillips, R. (2013) The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22. DOI: 10.1053/j.nainr.2012.12.002
- Coughlin, M. (2014). *Transformative nursing in the NICU: trauma-informed age-appropriate care*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Coughlin, M., Lohman, M. & Gibbins, S. (2010) Reliability and Effectiveness of an Infant Positioning Assessment Tool to Standardize Developmentally Supportive Positioning Practices in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 10(2), 104-106. DOI: 10.1053/j.nainr.2010.03.003
- Curado, M. A., Teles, J., & Maroco, J. (2014). Analysis of variables that are not directly observable: Influence on decision-making during the research process. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 48(1), 146-152.
- Glenview, IL: National Association of Neonatal Nurses Toso, B., Viera, C., Valter, J., Delatore, S. & Barreto, G. (2015) Validação de protocolo de posicionamento de recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira Enfermagem*, 68(6), 1147-1153. DOI: 10.1590/0034-7167.2015680621i
- Jeanson, E. (2013). One-to-One Bedside Nurse Education as a Means to Improve Positioning Consistency. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13, 27-30. DOI: 10.1053/j.nainr.2012.12.002

Referências bibliográficas



- Madlinger-Lewis, L., Reynolds, L., Zarem, C., Crapnell, T., Inder, T. & Pineda, R. (2014) The effects of alternative positioning on preterm infants in the neonatal intensive care unit: A randomized clinical trial. *Research in Developmental Disabilities*. 35 (2), 490-497. DOI:10.1016/j.ridd.2015.05.001
- Maroco, J. (2010). Análise estatística com SPSS. Pero Pinheiro, Portugal: Report Number.
- Picheansathian, W., Woragidpoonpol, P., & Baosoung, C. (2009). Positioning of preterm infants for optimal physiologic development: A systematic review. *Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews*, 7(7), 224-259.
- Spilker, A. (2015). *The Effectiveness of a Standardized Positioning Tools and Bedside Education on the Developmental Positioning Proficiency of NICU Nurses*. (Tese de douturamento). Disponível em SJSU ScholarWorks.
- Sweeney, J. K., & Gutierrez, T. (2010). The dynamic continuum of motor and musculoskeletal development. In C. Kenner & J. M. McGrath (Coords). *Developmental care of newborns and infants: A guide for health professionals* (pp. 235–244). Glenview: Mosby.
- Testa, A., Lavrador, M., & Barraca, S. (2002). Protocolo de posicionamento do recém-nascido prematuro. *Revista Referência*, 8, 79-83.
- Waitzman, K. (2007) The Importance of Positioning the Near-term Infant for Sleep, Play, and Development. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 7 (2), 76-81. DOI:10.1053/j.nainr.2007.05.004

Apêndice XX –
**Poster “*Research project: Infant Position Assessment Tool. Cultural*
Adaptation and Statistical Validation for Portuguese newborns”**

Research project: Infant Position Assessment Tool Cultural Adaptation and Statistical Validation for Portuguese newborns

Inês Rebelo da Cruz*, Maria Alice Curado**

* RN of the Neonatal Intensive Care Unit, Hospital S. Francisco Xavier, M5 Student of the 8th Masters Course in Nursing in the area of Specialization in Child Health and Pediatrics, PT.

** Coordinator Professor, RN, Specialist in Child Health and Pediatrics, M5, PhD, Department of Child and Youth Health, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Lisbon School of Nursing), PT.



OBJECTIVE

- ✓ Perform the cultural and linguistic adaptation of Infant Position Assessment Tool (IPAT), with Portuguese neonatal population, and assess its psychometric properties

BACKGROUND

- ✓ Therapeutic positioning is a simple postural support intervention and has a lasting impact on the development of the newborn (Waitzman, 2007)
- ✓ This intervention is used to promote neuro-motor and neuro-behavioral stability, influences neuro-motor, musculoskeletal development, physiological function and stability, skin integrity, thermal regulation, bone density, promotes sleep and brain development (Hunter, 2010)
- ✓ The positioning of the newborn does not have a specific evaluation methodology associated with a standardized instrument, so we can consider that the observation principles are not consistent for all observers (Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010)
- ✓ Non-standardized practice in Portugal, which inevitably affects both the continuity and the evaluation of the care provided
- ✓ Emerged the research project: "Care for Development in Neonatology: Positioning for Better Take care"



(Altamier & Phillips, 2013)

Infant Position Assessment Tool (IPAT)
Escala de Avaliação do Posicionamento Infantil

Identificação: _____, Mãe Gestacional: _____, Mãe Corrigida: _____
Direção (dorsal, ventral, lateral, direito ou esquerdo): _____
Data: _____ Hora: _____ Avaliação: _____

	0	1	2	3	Score
Indicadores	Colúmbio em extensão	Colúmbio flexionado	Colúmbio ligeiramente flexionado	Colúmbio flexionado	
Mãos	Mãos afastadas do corpo	Mãos a tocar o tronco	Brasos flexionados com mãos a tocar o tronco	Brasos flexionados com mãos a tocar o tronco	
Asses	Asses em extensão com cotovelo estendido	Asses em extensão	Asses em extensão com cotovelo flexionado	Asses em extensão com cotovelo flexionado	
Joelhos, tornozelos e pés	Joelhos, tornozelos e pés em extensão	Joelhos, tornozelos e pés em extensão	Joelhos, tornozelos e pés em extensão	Joelhos, tornozelos e pés em extensão	
Colúmbio	Colúmbio lateralizado (perpendicular ao eixo do corpo) com o eixo do corpo a 45° em relação à linha média	Colúmbio lateralizado (perpendicular ao eixo do corpo) com o eixo do corpo a 45° em relação à linha média	Colúmbio lateralizado (perpendicular ao eixo do corpo) com o eixo do corpo a 45° em relação à linha média	Colúmbio lateralizado (perpendicular ao eixo do corpo) com o eixo do corpo a 45° em relação à linha média	
Posição	Posição em hipernatidão	Posição neutra	Posição em hipernatidão	Posição em hipernatidão	

Score total: _____

Score total = 10 - 12 pontos
* Adaptado de Phillips, Children's Medical Ventures (2008)
Traduzido por Inês Rebelo da Cruz e Maria Alice Curado

METHODS

- ✓ Observational study with quantitative approach (methodological study)
- ✓ The participants are often related to the type of study and methodology of the data analysis. When a structural equation model is used, 10 or 15 observations per variable, it guarantees sufficient variability to estimate the parameters of models (Maroco, 2010; Curado, Teles & Maroco, 2014)
- ✓ Birth weight and gestational age are independent variables. Exclusion Criteria: Newborns with changes in the musculoskeletal system
- ✓ The data collection will be performed by 3 nurses, from January to August 2018 (two nurses simultaneously)
- ✓ Data analysis will be performed by using the software IBM® SPSS® Statistics and AMOS® (v. 23, SPSS, An IBM Company, Chicago, IL). Confirmatory factor analysis and Cronbach's alpha were used to assess the factorial validity and reliability of the model

PURPOSE OF RESEARCH AND IMPLICATIONS FOR PRACTICES

- ✓ In daily practice, the assessment to preterm infant is merely descriptive, based on greatly subjective judgments depending on the professional assessing it, and positioning his part of it.
- ✓ This causes discrepancies resulting from the observers' knowledge and experience.
- ✓ Health professionals should use measuring instruments based on research results, in order to combine the general observation of the newborn with a more standardized and systematized observation which facilitates record consistency



REFERENCES

- Altamier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13 (1), 9-22.
- Coughlin, M., Lohman, M. & Gibbins, S. (2010). Reliability and Effectiveness of an Infant Positioning Assessment Tool to Standardize Developmentally Supportive Positioning Practices in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 10(2), 104-106.
- Curado, M. A., Teles, J., & Maroco, J. (2014). Analysis of variables that are not directly observable: Influence on decision-making during the research process. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(1), 146-152.
- Hunter, J. (2010). Therapeutic positioning: neuromotor, physiological and sleep implications. In Kenner & McGrath (Eds). *Developmental Care of Newborns and Infants, A Guide for Health Professionals* (pp. 285-312) (2nd ed.). Glenview: NANN.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com SPSS*. Porto Pinheiro, Portugal: Report Number.
- Waitzman, K.A. (2007). The importance of Positioning the Near-term Infant for Sleep, Play and Development. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 7(2), 76-81.

Apêndice XXI –
Projeto na Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem

Sublinha de investigação	Cuidados Centrados no Desenvolvimento: Posicionamento
Título do Projeto:	O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia: Posicionar para Melhor Cuidar (Desenvolvido em parceria com o Hospital de S. Francisco Xavier)
Investigador Principal:	Maria Alice dos Santos Curado
Equipa de Investigação:	Inês Rebelo da Cruz (estudante de Mestrado), Thereza Vasconcellos
Duração	36 Meses
Fundamentação Teórica	<p>Na atualidade, com a evolução técnica e científica na área da saúde, as hipóteses de sobrevivência de recém-nascidos (RN) com baixa Idade Gestacional têm aumentado (Altimier & Phillips, 2013). No entanto, apesar destes avanços tecnológicos, os RN tornam-se mais vulneráveis e suscetíveis aos riscos inerentes à prematuridade, entre os quais podem-se enumerar as possíveis sequelas a nível músculo-esquelético, neuro-comportamental ou postural (Picheansathian et al., 2009; Altimier & Phillips, 2013), pelo que se torna primordial apoiar o desenvolvimento do RN e diminuir os efeitos adversos do ambiente da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) (Altimier & Phillips, 2013).</p> <p>Alicerçados neste constructo Altimier e Phillips (2013) desenvolveram o Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal que é baseado em sete medidas nucleares neuroprotetoras: ambiente; parceria com as famílias; posicionamento e movimentação; minimização do <i>stress</i> e da dor; proteção da pele; proteção do sono, e otimização da nutrição. Sendo o objetivo, utilizar as mesmas como estratégias para suportar a criação de conexões neuronais ideais, promover o desenvolvimento adequado e prevenir as alterações físicas, comportamentais e neurológicas. De entre estas sete medidas, destaca-se, neste projeto, o posicionamento, sendo este de intervenção autónoma de enfermagem, de simples execução e um cuidado não invasivo. Gibbins, Coughlin e Hoat (2010) ressaltam que os cuidados e intervenções para o desenvolvimento têm revelado resultados positivos a nível neurológico, do crescimento e desenvolvimento do RN devendo ser, por isso, implementadas nas UCIN.</p> <p>A preocupação associada ao posicionamento do RN é justificada pelas suas particularidades, nomeadamente o RN pré-termo apresenta maior risco de desenvolver problemas motores, cognitivos, neurológicos e alterações comportamentais (Picheansathian et al., 2009; Altimier & Phillips, 2013).</p> <p>Estudo 1:</p> <p>Escalas de Avaliação do Posicionamento do Recém-Nascido (RN) na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN): Revisão <i>scoping</i></p> <p>Objetivo/ Questão de revisão: Identificar e mapear na literatura científica as escalas de avaliação do posicionamento do Recém-Nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.</p>

Desenho dos estudos

O projeto de investigação operacionaliza-se com a identificação e seleção do instrumento de avaliação do posicionamento do RN. Os dados obtidos após a revisão *scoping* permitiram identificar os instrumentos existentes na evidência científica, e após a análise destes foi selecionada a escala *Infant Position Assessment Tool* (IPAT). Esta revisão *scoping*, teve como finalidade preparar um estudo primário de investigação (Arksey & O'Malley, 2005; The Joanna Briggs Institute, 2015).

Estudo 2 e 3:

Pretende-se realizar dois estudos observacionais com abordagem quantitativa (pré-teste e validação estatística da escala). A IPAT é constituída por 6 indicadores de avaliação, nomeadamente: 1) cabeça, 2) pescoço, 3) ombros, 4) mãos /braços, 5) ancas e 6) joelhos /tornozelos /pés. Cada uma é pontuada numa escala ordinal de zero a dois pontos (pontuação 0 – posicionamento inaceitável/inadequado, pontuação 1 – alternativas aceitáveis ao posicionamento e pontuação 2 – posicionamento apropriado), num total cumulativo, considerado ideal entre dez e doze pontos (posicionamento aceitável na medida em que a assimetria do posicionamento pode ocorrer pela presença de dispositivos/tecnologia). Estes dois estudos têm como objetivos: efetuar a tradução adaptação transcultural da IPAT e fazer o pré-teste de validação, seguida da validação estatística para a população neonatal portuguesa da IPAT

Atividades Previstas	Publicação de dois artigos científicos Apresentações em conferencias e congressos
Atividades desenvolvidas	<p>Comunicações em mesas redondas por convite:</p> <p>1. Cruz, I. R., & Curado, M. A. S. (2017). Mesa – A Vulnerabilidade na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Que Respostas? A apresentou o tema: O Posicionamento e o Neurodesenvolvimento. O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia: Posicionar para Melhor Cuidar. III Encontro de de Enfermeiros de neonatologia da Área de Lisboa. Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade, nos dias 10 e 11 de novembro de 2017 no Auditório da ESEL, Pólo Artur Ravara.</p> <p>Apresentação de Posters:</p> <p>Cruz, I. R., & Curado, M. A. S. (2017). Escalas de Avaliação do Posicionamento do Recém-Nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: protocolo para uma revisão <i>scoping</i>. (Poster). III Encontro de de Enfermeiros de neonatologia da Área de Lisboa. Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade, nos dias 10 e 11 de novembro de 2017 no Auditório da ESEL, Pólo Artur Ravara. 2º prémio dos posters.</p>
Previsão de despesas	
<div>TOTAL 0 €</div>	

ANEXOS

Anexo I –
Programa e Comprovativo de Presença do Seminário “Promover a
Felicidade: Um Desafio da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria”

Seminário

Promover a Felicidade Um Desafio da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

8 de Novembro

- 08:45h Abertura do Secretariado
09:00h Sessão solene de abertura
09:15h Conferência: "Acerca da Felicidade"
Prof. Doutor Michel Renaud
10:15h *Coffee Break*

"O Nascimento do Bebê: ao encontro da Felicidade"

Moderadora: Margarida Ribeiro, estudante do 11º
CPLEESIP

- 10:45h Ajudar a construir um bebé feliz - Enfª Maria Pires, EESIP nos SSCGD
11:15h Parentalidade Positiva: promotora da felicidade - Profª Saudade Lopes, ESSLei
11:45h GERAR_TE no Lumiar: Uma nova abordagem na parentalidade - Enfª Aida Ferreira, EESIP na UCSP Lumiar
12:45h Almoço livre

"Alimentação Saudável: Criança Feliz"

Moderadora: Carolina Cabral, estudante do 11º
CPLEESIP

- 14:00h Comer bem, crescer saudável - Dra. Joana Appleton Figueira, Pediatra no HLL
14:30h Ser feliz com outra opção: o vegetarianismo na pediatria - Dra. Mariana Saraiva, Nutricionista no CHLO
15:00h Gordura não é formosura... nem traz felicidade - Dra. Margarida Lobo Antunes, Pediatra no HLL
16:00h *Coffee Break*
16:15h Apresentação de Posters

9 de Novembro

- 08:30h Abertura do Secretariado
09:00h Conferência: "Brincar é Coisa Séria"
Prof. Doutor Eduardo Sá
10:00h *Coffee Break*

"Ser Feliz a Brincar"

Moderadora: Ana Guiomar Jesus, estudante do 11º
CPLEESIP

- 10:30h A segurança e o brincar - Dra. Sandra Nascimento, psicóloga APSI
11:00h Crescer com maus tratos: identificar, sinalizar e intervir - Enfª Nuno Coelho, Prof. Polícia Judiciária
11:30h Brincar em rede - Dr. Pedro Dias Ferreira, Psicólogo Clínico no CHLN - HSM
12:30h Almoço livre

"Quando a Felicidade é ameaçada: cuidar na doença"

Moderadora: Catarina Conceição, estudante do 11º
CPLEESIP

- 14:00h Auto-cuidado para a criança com diabetes e a sua capacidade na auto-gestão terapêutica - Enfª Marina Dingle, APDP
14:30h Equipa de suporte integrado pediátrico: do sonho à realidade - Enfª Rute Sequeira, Comissão de Paliativos Pediátricos do HFF
15:00h Questões éticas na autonomia da criança/adolescente - Profª Ana Paula Nunes, ESSCVP
15:30h "Uma história real" - Testemunho de pais de criança em cuidados paliativos no IPO
16:15h *Coffee Break*
16:30h Apresentação de Posters
16:45h Sessão de Encerramento

Participação especial de 1
da Associação Juvenil M
dos Sonhos Mágico



Auditório da Escola
Superior de Saúde da
Cruz Vermelha
Portuguesa

Inscrições Gratuitas:
moveafelicidade@gmail.com

Promover a Felicidade

Um Desafio da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Certificado

Certifica-se que

Inês Rebelo da Cruz

Frequentou o Seminário “Promover a Felicidade: Um Desafio da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria”, realizado nos dias 8 e 9 de novembro de 2017, com a duração de 16 horas, no Auditório da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, organizado pelo 11º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

P'A Comissão Organizadora

Margarida Ribeiro

P'A Comissão Científica

João Carlos Rocha

Lisboa, 9 de novembro de 2017



Fonte das imagens: <https://www.pinterest.pt>


**Anexo II –
Comprovativo de Presença na sessão de formação
“Diário do Recém-Nascido”**

Declaração

Inês Rebelo da Cruz esteve presente na sessão de Formação em Serviço sobre “Protocolo da Osteopenia do Prematuro/Diário do Recém - Nascido”, promovida pelo Serviço de Neonatologia, no dia 5 de Fevereiro de 2018, com duração de **2 horas**.

Lisboa, 7 de Fevereiro de 2018

A Direção de Enfermagem



Lurdes Escudeiro
Directora de Enfermagem

Anexo III –
Programa e Comprovativo de Presença no III Encontro de Neonatologia do
CMIN - Cuidar em Neonatologia: realidades e perspectivas

Regulamento

Pósteres/Comunicações Livres

O resumo deve contemplar obrigatoriamente os seguintes itens: introdução, objetivos, metodologia, resultados, conclusão e bibliografia.

A medida do póster não deverá exceder 120cm de altura e 90cm de largura e o tempo máximo de exposição das comunicações livres será de 10 minutos.

O grupo deve ter no máximo 4 elementos e todos devem estar inscritos no encontro aquando do envio do resumo.

Os resumos devem ser enviados para o email:

encontroneonatalogia.cmin@gmail.com, até 9 de Outubro de 2017.

Os resumos serão analisados pela Comissão Científica, e os autores serão informados da seleção do trabalho por email, até dia 16 de Outubro de 2017.

Consulte o regulamento de pósteres e comunicações livres, no nosso site em:

www.ademi.pt

COMISSÃO DE HONRA

Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte
Representante da Câmara Municipal do Porto
Bastanária da Ordem dos Enfermeiros
Presidente do Conselho de Administração do CHP
Enfermeiro Diretor do CHP
Diretor Clínico do CHP
Diretor do CMIN-CHP
Enfermeira Supervisora do CMIN-CHP
Diretora do Serviço de Neonatologia e CIP do CMIN-CHP
Responsável do Serviço de Neonatologia do CMIN-CHP
Enfermeira Chefe do Serviço de Neonatologia do CMIN-CHP

COMISSÃO ORGANIZADORA:

Joana Tavares
Luísa Matos
Manuela Aguiar
Ana Isabel Magalhães
Bonifácio Gouveia
Carlos Mouta
Cecília Barbosa
Inês Osório
Paula Lopes
Pedro Rodrigues
Raquel Abraão
Sónia Rodrigues
Vera Pereira

COMISSÃO CIENTÍFICA:

Ana Luzio
Andreia Alves
Beatriz Vilela
Cecília Madureira
Cláudia Silveira
Goreti Pereira
Lígia Palma
Manuela Oliveira
Marília Melo
Rosa Veríssimo
Vânia Ferraz

COMISSÃO RECREATIVA:

Alexandra Vaz
Ana Paula Rodrigues
Cristina Linhares
Cristina Almeida
Emília Reis
Graça Lopes
Isabel Gomes
Margarida Barbosa
Joana Vilela
Teresa Gonçalves
Sandra Sousa

SECRETARIADO:

Alice Borges
Ana Leite
Ana Mónica Canelas
Cátia Paiva
Célia André
Cecília Mendes
Elisabete Fonseca
Paula Bravo
Sara Reis
Sílvia Salazar
Tânia Pereira

III Encontro de

Neonatologia do CMIN



Cuidar em Neonatologia:

realidades e perspetivas...

Auditório da Biblioteca Municipal Almeida Garrett

Porto

- 9h00 - Abertura do secretariado
- 09h30 - EM SINTONIA...**
 Moderadoras: Paula Cristina (CMIN-CHP) e Ana Paula França (ESEP)
 - Quando menos é mais... cuidados globais - Ana Isabel Magalhães (CMIN-CHP)
 - A magia dos pequenos momentos: o toque - Paula Lopes (CMIN-CHP)
 - Estou a dormir! Importância do estado de sono/alerta no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo - Marta Rios (CMIN-CHP)
 - Hora do banho: cuidados à pele - Alexandra Azevedo (CMIN-CHP)
- 10h50 - SESSÃO DE ABERTURA**
- 11h20 - Momento doce**
- 11h50 - ATENÇÃO!! ESTOU A CRESCER...**
 Moderadores: Simão Frutuoso (CMIN-CHP) e Madalena Pacheco (CHSJ)
 - As particularidades do exame neurológico do recém-nascido pré-termo - Rúben Rocha (CMIN-CHP)
 - Desenvolvimento emocional - Vânia Miranda (CMIN-CHP)
 - Intervenção precoce - Paula Reis (ELI Porto Ocidental)
- 13h00 - Almoço Livre**
- 14h30 - Conferência: UM POR TODOS, TODOS POR UM - INOVAR PARA VENCER**
 Moderadora: Luísa Matos (CMIN-CHP)
 Palestrante: Diamantino Ribeiro (ULP)
- 15h00 - VER A VIDA POR UM FIO... CUIDADOS PALIATIVOS NEONATAIS**
 Moderadora: Lúcia Gonçalves (SIC)
 Palestrantes: Carmen Carvalho (CMIN-CHP); Lincoln Silva (CHLN-HSM); Teresa Fraga (Kastelo); Paulo Duarte, sj e Margarida Branco (CMIN-CHP)
- 16h00 - COMUNICAÇÕES LIVRES**
 Moderadoras: Rosa Veríssimo e Marília Melo (CMIN-CHP)

- 09h30 - OH!! NASCI ANTES DO TEMPO...**
 Moderadores: Gustavo Rocha (CHSJ) e Anabela Pires (UHB-ULSNE)
 - Infertilidade versus prematuridade - Emídio Vale (CMIN-CHP)
 - Ventilação não invasiva - Mónica Baptista (MAC-CHLC)
 - Complicações no alto fluxo e VNI - António Maurício (MAC-CHLC)
- 10h30 - SER ENFERMEIRO EM NEONATOLOGIA - o que sabem e pensam de nós - Comissão Organizadora**
- 11h00 - Momento salgado**
- 11h30 - QUANDO A CIRURGIA É A SOLUÇÃO...**
 Moderadores: Cidade Rodrigues (CMIN-CHP) e Joana Tavares (CMIN-CHP)
 - Cirurgia Neonatal: novos desafios - José Lopes dos Santos (CMIN-CHP)
 - O recém-nascido no bloco operatório - Lúcia Fonseca (CMIN-CHP)
 - Particularidades do recém-nascido com ostomias - Marta Moreira (CMIN-CHP)
- 12h30 - Almoço Livre**
- 14h00 - Conferência: SUSTENTABILIDADE DO SNS VERSUS CUIDADOS DE SAÚDE DE QUALIDADE**
 Moderador: Caldas Afonso (CMIN-CHP)
 Palestrantes: José Manuel Silva (HUC-CHUC)
 Maria do Céu Machado (Infarmed)
- 15h00 - DÊEM-ME UMA OPORTUNIDADE...**
 Moderadoras: Manuela Aguilar (CMIN-CHP) e Graça Aparício (ESSV)
 - Competências do recém-nascido pré-termo na alimentação - Florbela Neto (CHSJ)
 - A terapia da fala na UCIN: atualidades e perspetivas futuras - Dulce Gouveia e Paz da Cunha (CMIN-CHP)
 - Prematuridade e alimentação: outras estratégias - Paula Rocha (Medela)
- 16h00 - SESSÃO DE ENCERRAMENTO**

Secretariado e inscrições em:

www.ademi.pt

Associação para o Desenvolvimento e Ensino Materno Infantil (ADEMI)
 Largo da Maternidade Júlio Dinis, s/n
 4050-371 Porto
 E-mail: secretariado@ademi.pt



Preço para Profissionais: 25€/Grupo de 4 pessoas - 90€
 Preço para Estudantes e Funcionários do CHP: 20€/Grupo de 4 pessoas - 70€

Data limite de inscrição: 19/10/2017





Certificado

Certifica-se para os devidos efeitos que

INÊS REBELO DA CRUZ

Participou no **III Encontro de Neonatologia do CMIN**
“Cuidar em Neonatologia: realidades e perspetivas...”
que decorreu nos dias 25 e 26 de outubro de 2017, no
auditório da Biblioteca Almeida Garrett, no Porto.

Porto, 26 de outubro de 2017

Enf.^a Luísa Matos
(Comissão Organizadora)

Anexo IV –
Programa e Comprovativo de Presença no III Encontro de Enfermeiros de
Neonatologia da Área de Lisboa: Cuidar para o Neurodesenvolvimento na
Vulnerabilidade

A Neonatologia, é uma das áreas da Medicina, onde o progresso tem sido mais evidente ao longo das últimas décadas, com reflexos evidentes e relevantes na diminuição da mortalidade e morbilidade neonatal.

Para o sucesso desta evolução, tem contribuído o avanço da ciência e da tecnologia, assim como o surgimento de uma filosofia de cuidados ao bebé prematuro “inovadora” designada como cuidados centrados no desenvolvimento. No entanto, sabemos que os internamentos nas Unidades de Neonatologia não são isentos de alguns efeitos negativos na criança e ou família relacionados com a sua vulnerabilidade e o trauma associados a alguns eventos.

A presença constante, do Enfermeiro no Cuidar destas crianças e famílias, assume uma importância primordial na compreensão do seu comportamento, pois este é o principal veículo de comunicação, contribuindo assim para um crescimento e desenvolvimento global e harmonioso destes bebés, promovendo a parentalidade e a sua integração na família / comunidade.

Organização:

Ana Isabel Gregório (HFF)
Alice Curado (ESEL)
Ana Patrícia Pereira (H Cascais)
Ana Maria Sequeira (HSM)
Ana Rita Pereira (HBA)
Cláudia Pinheiro (HSFX)
Esmeralda Pereira (MAC)
Graça Roldão (HSM)
Inês Tojeira (HBA)

Margarida Pimenta (HDE)
Maria José Pinheiro (ESEL)
Maria José Araújo (HGO)
Manuel Alves (HGO)
Maria Thereza Vasconcellos (HSFX)
Susana Lima (HFF)
Sónia Semião (HFF)
Sílvia Duarte (MAC)
Tânia Lopes (USCP Alameda)
Vicência Pacífico (HDE)

Patrocínios



III Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa

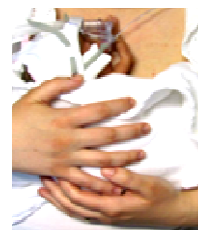
Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade

PROGRAMA

A
VULNERABILIDADE
NA UCIN



A
VULNERABILIDADE
NA COMUNIDADE



CUIDAR
NA
VULNERABILIDADE



10 e 11 de Novembro de 2017

Auditório da Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa – pólo Artur Ravara

www.encontroenfeonatalogia.pt

10 de Novembro de 2017

8h00 | Abertura do Secretariado

8h30 | Conferência – **A VULNERABILIDADE** | Prof.^a Oliveira Marçal

10h00 | SESSÃO DE ABERTURA

10h30 | Pausa/Momento musical (alunos do Mestrado Musicoterapia da Univ. Lusíada)

11h00 | Mesa – **A VULNERABILIDADE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS – QUE RESPOSTAS!**

MODERADOR: Sónia Colaço (ESEL)

➤ **Técnicas de alimentação no recém-nascido pré-termo** | Ana Lúcia Brantes (ESEL, H. Cascais)

➤ **Método Canguru: a importância da voz materna em bebés vulneráveis** | Sílvia Duarte e Eduarda Carvalho (Maternidade Alfredo Costa)

➤ **O posicionamento e o neurodesenvolvimento** | Inês Cruz e Carlos Correia (H.S. Francisco Xavier e H. Garcia de Orta)

➤ **Ganhos em saúde com Unidade Móvel Apoio Domiciliário** | Margarita Lopez e Paula Lopes (H. Fernando Fonseca, H. D. Estefânia)

13h00 | Pausa para almoço

14h00 | Mesa - **CUIDAR NA VULNERABILIDADE: EXPERIÊNCIA DO CENTRO MATERNO INFANTIL NORTE /CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO**

MODERADOR: Teresa Folha (Enfermeira do Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral da FCG)

➤ **Os Pais na UCIN** | Ana Isabel Magalhães (CMIN/CHUP)

➤ **Contornar a vulnerabilidade dentro e fora de portas** | Luísa Matos e Paula Lopes (CMIN/CHUP)

➤ **Cuidar - Experiência da Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos : o KASTELO** | Teresa Fraga - Directora Técnica

16h00 | Pausa

16h30 | Apresentação posteres/comunicações livres

11 de Novembro de 2017

8h30 | Apresentação e discussão dos posteres

9h30 | Mesa – **A VULNERABILIDADE NA COMUNIDADE**

MODERADOR: Cristina Terruta (Enfermeira USF Jardins da Encarnação, ACES Lisboa Central)

➤ **A Intervenção Precoce na Infância: sua implicação na população vulnerável 0-5 anos e a organização de serviços de Intervenção Precoce em Portugal** |

Teresa Marques (MTSSS/SNIPI)

➤ **Fundação Liga** | António Alves

10h30 | Pausa

11h00 | **Banco do Bebê: intervenção Domiciliária em interface com a Comunidade** | Cristina Maltês


A palavra dos Cuidadores | Marta Pina

12h00 | Conferência - **CUIDADOS CONTINUADOS** | Prof. Manuel Lopes (coordenador nacional da RNCCI)


13h00 | Entrega de prémios dos posteres/comunicações

Encerramento

**O valor da inscrição – 15€
reverte na totalidade a favor de uma das instituições**



**banco
do bebê**
ASSOCIAÇÃO DE AJUDA AO RECÉM-NASCIDO



Associação Fernandinhos

Mais informações no site:
www.encontroenfeonatalogia.pt

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO



III ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA

Cuidar para o Neurodesenvolvimento
na Vulnerabilidade

Certifica-se que Inês Rebelo da Cruz esteve presente no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa, subordinado ao tema principal, “Cuidar para o Neurodesenvolvimento”, que decorreu nos dias 10 e 11 de Novembro de 2017, no Auditório da ESEL— Pólo Artur Ravara, Lisboa.



Enfermeiros Neonatologia
Área de Lisboa

A COMISSÃO ORGANIZADORA

Anexo V –
Programa e Comprovativo de Presença no 1st Annual Conference for
Trauma-informed, Neuroprotective Care of the Hospitalized Newborn and
Infant



INSPIRE – EMPOWER – TRANSFORM

Thank you for joining us for the 1st Annual Conference for Trauma-informed,
Neuroprotective Care of the Hospitalized Newborn and Infant
The Science & Soul 2018



Use [#scienceandsoul2018](#)
when posting to Social Media

@meccares



www.caringessentials.net



INSPIRE – EMPOWER – TRANSFORM

COURSE DESCRIPTION

Science & Soul 2018 brings together leading scientists, researchers, clinicians and educators to translate advances in our understanding of early life adversity, epigenetics and parental mental health into actionable improvements in the care of critically ill newborns, infants and families.

LEARNER OBJECTIVES

1. List the biological expectancies of the newborn and young infant
2. Describe the role of the vagus nerve and the autonomic nervous system in neuroception
3. Define trauma-informed care in the NICU
4. List the three dimensions of infant medical trauma in the NICU
5. Identify two or more terms that accurately describe the NICU infant experience.
6. Describe the relationship between the quality of developmental care and short term and long term outcomes
7. List two or more key points regarding epigenetics
8. Understand the implications of epigenetics and stress regulation on developmental care
9. Understand the importance of psychosocial interventions for parents after preterm birth nowadays
10. Recognize the important role of hormones during childbirth
11. Accept the long-term consequences of bonding and secure binding after premature delivery
12. List three or more benefits of kangaroo care for full term and preterm infants
13. Describe the steps involved in a standing transfer for kangaroo care
14. List two or more components of developmental follow-up in Scotland
15. List two or more criteria for enhanced development follow-up and surveillance at 4 years of age
16. Define a NIPU (neonatal intensive parenting unit)
17. List two or more potentially better practices associated with NIPU
18. Describe what constitutes a 'brain protective' environment
19. List two goals of the NIDCAP Federation
20. Understand the difference between task-oriented care and relationship-based care
21. Describe at least 3 best practices in developmentally neuroprotective care (DNPC)
22. Describe at least 5 institutional implementation strategies to operationalize best practices in DNPC
23. List two or more challenges in caring for the infant and family with neonatal abstinence syndrome
24. Describe three characteristics essential to influencing change in the NICU
25. Identify two ways to improve your accountability
26. Write an INTENTION GOAL & 3 step PLAN for 2018

Use [#scienceandsoul2018](#) when posting to Social Media



INSPIRE – EMPOWER – TRANSFORM

Friday, February 9, 2018

0800-0900	REGISTRATION
0900-0930	Welcome/Introduction
0930-1030	Trauma-Informed Care in the NICU: Promoting Safety, Security and Connectedness
1030-1130	Neonatal Intensive Parenting Units: A New Paradigm for Neonatal Intensive Care
1130-1200	BREAK
1200-1300	Early Life Adversity, Epigenetics & Neuroprotective Care in the NICU
1300-1400	LUNCH
1400-1500	Golden Hour – The Gentle Transition from Uterine Life
1500-1600	Skin-to-skin Care Versus Holding-In-Arms – A Parental Decision
1600-1630	BREAK
1630-1730	Primary Prevention and Early Intervention: Lessons Learned from Neonatal Follow-Up
1730-1800	Neuroprotective Care in the NICU - Draeger

Saturday, February 10, 2018

0730-0800	REGISTRATION
0800-0830	Welcome Back – Parent Perspective
0830-0930	Stress, Toxic Stress or Trauma: What is the NICU Infant Experience and Should We Care?
0930-1030	Neuroprotective Parenting in the NICU -The family centered care concept
1030-1100	BREAK
1100-1200	NIDCAP: What we have learned and what the future holds
1200-1315	Institutional Guidelines for the Implementation of Neuroprotective Care in the NICU
1315-1345	Neonatal Abstinence Syndrome: Evaluating the Effectiveness of an Evidence-Based Multidisciplinary Care Approach and a Discussion of the Challenges Caring for the Tiniest Souls Affected by the Opioid Crisis in the United States
1345-1430	LUNCH
1430-1500	Poster Walk
1500-1615	Mind the Gap Session w/ Coffee
1615-1730	Find your C.O.U.R.A.G.E.: Essential Strategies for Transformational Change in the NICU and Beyond
1730-1800	CLOSING CEREMONY

Use #scienceandsoul2018 when posting to Social Media

QUANTUM CARING INSTITUTE

Caring Essentials Collaborative, LLC

certifies that

Inês Cruz

Has participated in the educational activity entitled:
**1st Annual Congress for Trauma-informed, Neuroprotective Care of
Hospitalized Newborns and Infants**

February 9-10, 2018

Awarded **14** continuing education credits in accordance with 244 CMR 5.04
Massachusetts Board of Registration in Nursing



Mary E Conghlin RN, MS, NNP
President & Founder Caring Essentials Collaborative, LLC
Boston, Massachusetts USA

CERTIFICATE of ACHIEVEMENT

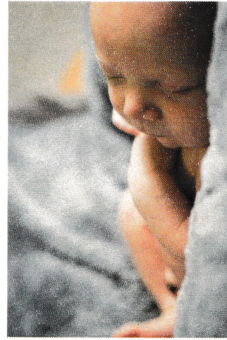
THIS ACKNOWLEDGES THE EXEMPLARY POSTER PRESENTATION OF

Mrs. Guy

AT THE

1st Annual Congress for Trauma-informed Neuroprotective
Care of the Hospitalized Newborn & Infant
SCIENCE and SOUL

FEBRUARY 9-10, 2018



BRUGGE, BELGIUM

Dr. Luyck

PRESIDENT AND CHIEF TRANSFORMATION OFFICER



Anexo VI –
Versão original da *Infant Position Assessment Tool* (IPAT)



Infant Position Assessment Tool

Introduction

The Infant Position Assessment Tool (IPAT) is a six-item tool with cumulative scores ranging from 0 to 12. It was developed as a teaching tool to standardize developmentally supportive positioning practices in the NICU and provides a method for evaluation of those positioning practices. Content validity of the IPAT is based on research evidence and opinions from both clinical experts and researchers in developmental care.

How to use the tool (A, B, Cs)

- A) The new user can review the various body part indicators and view least favorable to most favorable infant positions across each body part domain.
- B) Once this baseline information is assimilated by the clinician s/he is ready to provide consistent developmentally supportive positioning. Using the tool as a reference, the clinician can position the infant optimally to promote musculo-skeletal development, comfort and sleep.
- C) The tool is also used to assess the infant's position and repositioning needs prior to engaging in a caregiving interaction. Spontaneous movement is a natural phenomenon for infants; however, in the absence of therapeutic positioning supports, these spontaneous movements may leave the infant 'stranded' in a suboptimal position. Completing an IPAT with each caregiving exchange enables the developmentally supportive clinician to identify infant movements that may benefit from positioning supports as well as ensure that the infant is repositioned appropriately to promote comfort, sleep and musculoskeletal development.

IPAT scores

An optimal IPAT score ranges between 10 to 12 points. There are several circumstances that may impede your ability to provide that degree of optimal positioning (e.g., infants with various venous or arterial access needs, drains, surgical sites, etc.), which is why it is so important to document the variance in your ability to provide optimal positioning for each infant.

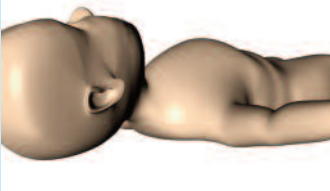


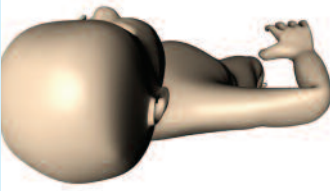
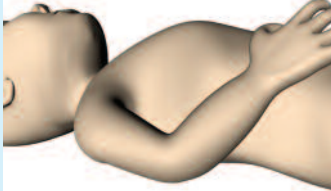








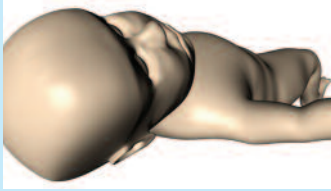




In general, scores less than 8 indicate that the infant is in need of positioning support that offers containment, promotes flexion and ensures proper body alignment.

PHILIPS

Children's  Medical Ventures

Patient's name: _____ Corrected gestational age: _____

Clinician's name: _____ Date/time of assessment: _____

Indicator	0	1	2	Score
Shoulders				
	Shoulders retracted	Shoulders flat/in neutral	Shoulders softly rounded	
Hands				
	Hands away from the body	Hands touching torso	Hands touching face	
Hips				
	Hips abducted, externally rotated	Hips extended	Hips aligned and softly flexed	
Knees, ankles, feet				
	Knees extended, ankles and feet externally rotated	Knees, ankles, feet extended	Knees, ankles, feet are aligned and softly flexed	
Head				
	Rotated laterally (L or R) greater than 45° from midline	Rotated laterally (L or R) 45° from midline	Positioned midline to less than 45° from midline (L or R)	
Neck				
	Neck hyperextended, flexed	Neck neutral	Neck neutral, head slightly flexed forward 10°	
Ideal cumulative score = 10-12			Total score	

Anexo VII –
Autorização da tradução da *Infant Position Assessment Tool* (IPAT) –
resposta da autora



INÊS REBELO CRUZ <icruz@campus.esel.pt>

IPAT - request for a project in Portugal

INÊS REBELO CRUZ <icruz@campus.esel.pt>

22 de outubro de 2017 às 20:57

Para: Leslie.Altimier@philips.com

Cc: Maria Alice Dos Santos Curado <acurado@esel.pt>

Hello

I am a nurse with 7 years of experience in neonatology which decided to have a Master Degree in Nursing School of Lisbon – Portugal.

First off all I would like to apologize for bothering you. The reason of this email is that I would like to use your *Infant Position Assessment Tool - IPAT* in my project: "Care for Development in Neonatology: Positioning to Better Care". This project includes translation, linguistic adaptation and statistical validation of a newborn positioning assessment scale in a Neonatal Intensive Care Unit, and have coordination of Professor Alice Curado. In Portugal, there isn't any instrument for that.

After research I would like to know the necessary requirements to have your permission to translate the instrument to Portuguese language, with the objective to use it in a Portuguese neonatology unit, in order to understand if it can be use in Portuguese neonatal population and the Portuguese computer system.

Thank you in advance for your availability and attention.

Yours sincerely

Inês Rebelo da Cruz, MSstudent

Maria Alice dos Santos Curado, Professor



INÊS REBELO CRUZ <icruz@campus.esel.pt>

IPAT - request for a project in Portugal

Altimier, Leslie <Leslie.Altimier@philips.com>
Para: INÊS REBELO CRUZ <icruz@campus.esel.pt>
Cc: Maria Alice Dos Santos Curado <acurado@esel.pt>

23 de outubro de 2017 às 03:35

Hello Ines,

I received your contact information requesting permission to use the IPAT tool. Philips is happy to provide permission to utilize the IPAT tool in your unit.

Please recognize Philips Healthcare in any documents or publications with:

Permission granted by Philips Healthcare © Koninklijke Philips N.V. 2017., All rights reserved.

Additionally, I am attaching some articles that might be of help. Let me know if I can be of assistance, Leslie

Best Regards,

LA

Leslie Altimier, DNP, RNC, NE-BC

Director of Clinical Innovation & Research

Clinical Science & Innovation

Philips Healthcare| Patient Care and Monitoring Solutions| 3000 Minuteman Road| Andover MA| 01810

Philips Research| Philips Innovation Lab| 2 Canal Park| Cambridge MA| 02141

Mobile) [+1 513-706-8813](tel:+15137068813)

Email) leslie.altimier@philips.com

CONFIDENTIALITY NOTICE: The information contained in this message is confidential and may be legally privileged. The message is intended solely for the addressee(s). If you are not the intended recipient, you are hereby notified that any use, dissemination, or reproduction is strictly prohibited and may be unlawful. If you are not the intended recipient, please contact the sender by return e-mail and destroy all copies of the original message.

From: INÊS REBELO CRUZ <icruz@campus.esel.pt>
Date: Sunday, October 22, 2017 at 2:57 PM
To: Leslie <Leslie.Altimier@philips.com>

Anexo VIII –
Resposta da comissão de ética para a saúde



Comissão de Ética para a Saúde

N.º Registo no RNEC: 20170700050

PARECER

Projeto de Mestrado,

Título: “O Cuidado para o Desenvolvimento em Neonatologia: Posicionar para Melhor Cuidar”

Investigadora Principal: **Enf.ª Inês Rebelo da Cruz** (Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais-UCIN do HSFX-CHLO | Aluna do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa-ESEL)

Serviço onde decorrerá o estudo: **Serviço de Neonatologia do CHLO – Hospital de São Francisco Xavier**

Após reunião de 18 de dezembro de 2017 e estando o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental presentes em reunião de 18 de dezembro de 2017:

Presidente: Prof.ª Doutora Maria Teresa Marques

Dr. Carlos Costa, Enf.ª Clara Carvalho, Dra. Paula Peixe,

Dr. José Santana Carlos e Dr. Rui Campante Teles

Pelo exposto, emitiu-se a 20 de dezembro de 2017, **parecer favorável**.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof.ª Doutora Maria Teresa Marques

MARIA TERESA MARQUES

Presidente da Comissão

de Ética para a Saúde

Comissão de Ética para a Saúde (CES) do CHLO

Hospital de Egas Moniz | Rua da Junqueira, 126 - 1349-019 Lisboa

Telefone: 210 432 665 | Correio eletrónico: anavalho@chlo.min-saude.pt